



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ÁREA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL

**“INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN
EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS, EN EL CENTRO DE
SALUD RURAL CONCENTRADO DEL
MUNICIPIO DE ZIMAPÁN ESTADO DE HIDALGO.”**

TRABAJO DE TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
TRABAJADOR SOCIAL

PRESENTA:

TREJO ROJO YANET

PACHUCA, HGO. 2006.



DEDICATORIAS

*A Dios por haberme dado la vida y la dicha de
permitir que cumpliera con una mas de mis mas
grandes metas.*

En especial a mi hija por darme la fuerza para salir adelante.

A mis padres por haberme apoyado en todo momento de mi vida.

*A mi querido esposo y amigo a quien le debo apoyo, comprensión y admiración
quien ha estado conmigo en todo momento, desde el inicio hasta el final de mi
carrera..*

*A mi hermana quien en todo momento ha sido mi amiga y me a poyado en los
Momentos más importantes de mi vida.*

*Respetuosamente al Jurado Revisor por su meritoria orientación en la revisión de
este trabajo.*

*A todos los maestros de la escuela de Trabajo Social por transmitir sus
conocimientos de ésta profesión y con su ejemplo.*

*Muy en especial a la L.T.S. Juana Álvarez Mundo por su valioso tiempo y ayuda
que me dedico durante el tiempo que se realizó éste trabajo.*

ÍNDICE

Capítulo I

Antecedentes del municipio de Zimapán estado de Hidalgo

Datos Históricos y Geográficos

1.1 Antecedentes Históricos

1.2 Localización

1.3 Clima

1.4 Territorio

1.5 Flora y Fauna

Niveles de Vida

1.2.1 Habitual

1.2.2 Alimentario

1.2.3 Educacional

Aspecto Médico Sanitario

1.3.1 Salud y Enfermedades

1.3.2 Instituciones de Gobierno: Educativos, Militares y de Salud.

Capítulo II

Generalidades y Cómo lograr el control metabólico de la diabetes Mellitus

Generalidades sobre la diabetes Mellitus

2.1 ¿Qué es la Diabetes Mellitus?

2.2 Fisiopatología

2.3 Cuadro Clínico

2.4 Evolución

2.5 Pronóstico

2.6 Complicaciones

2.7 Diagnóstico

2.8 Tratamiento

Como lograr el control metabólico de la Diabetes Mellitus

2.1.1 Plan de alimentación

2.1.2 Actividad física

2.1.3 Control de peso

2.1.4 Consumo de alcohol

2.1.5 Control glicémico

2.1.6 Diabetes e hipertensión arterial

2.1.7 Adherencia al tratamiento

Capítulo III

Centro de Salud Rural Concentrado del municipio de Zimapán estado de Hidalgo

3.1 Antecedentes

3.2 Organigrama

3.3 Funciones de cada departamento

3.4 Objetivo

3.5 Servicios que presta

Capítulo IV

Intervención del Trabajador Social en el manejo integral del paciente con Diabetes Mellitus en el Centro de Salud Rural Concentrado del municipio de Zimapán estado de Hidalgo

4.1 Funciones de Trabajo Social en el campo de la salud

4.2 Estudio de campo realizado con pacientes de Diabetes Mellitus del Centro de Salud Rural Concentrado del municipio de Zimapán estado de Hidalgo

4.3 Metodología aplicada en el servicio de Trabajo Social en el campo de la salud

4.4 Intervención del Trabajador Social en el manejo de grupo

4.5 Formación del grupo

PROPUESTA

BIBLIOGRAFÍA

ANEXO 1

INTRODUCCIÓN

Es muy probable que en tu entorno laboral, familiar y social, hayas escuchado hablar de Diabetes Mellitus y a su vez que conozcas a personas que la padecen y si te pones a reflexionar es más común de lo que imaginamos, incluso existen personas las cuales la tienen y aún no lo saben. Sin embargo, hay también quienes ya la tienen y al descubrirse “diabéticos o diabéticas”, seguramente poseen grandes dudas e inquietudes con respecto a ésta, de cómo controlarla y poder vivir con ella.

Debido a lo antes señalado, en el presente trabajo encontrarás una investigación acerca de la Diabetes Mellitus, misma que es de gran utilidad para el público en general, debido a que en la actualidad no se ha encontrado cura para la misma, mas sin embargo se puede prevenir, controlarla y por que no enseñarse a vivir con ella.

Por lo cual éste trabajo está dividido en cuatro capítulos, en el primero se dan a conocer los antecedentes del municipio de Zimapán estado de Hidalgo, dentro del segundo capítulo se habla de las generalidades y como lograr el control metabólico de la Diabetes Mellitus, en lo que respecta al tercer capítulo se habla acerca del centro de salud del municipio de Zimapán estado de Hidalgo, por último en el capítulo cuarto se da a conocer la Intervención del Trabajador Social en el manejo integral del paciente con Diabetes Mellitus, en el Centro de Salud Rural Concentrado del municipio de Zimapán estado de Hidalgo.

CAPITULO I

ANTECEDENTES DEL MUNICIPIO DE ZIMAPÁN ESTADO DE HIDALGO

DATOS HISTÓRICOS Y GEOGRÁFICOS

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

“SIGNIFICADO

Etimología: Zimapán proviene del náhuatl o mexicano: Cimatl y de locativo pan, por lo que significa Lugar de Cimatl.

Zimapán fue fundado en febrero de 1576 su fundador fue el misionero Juan de Zavala. La creación oficial de la ciudad de Zimapán fue el 6 de septiembre de 1881.

El primitivo Zimapán, el después llamado Santiago Zimapán, formo parte de la provincia de Xilotepec, el centro de mayor importancia de las tribus otomíes, quienes constituyeron el principal núcleo de población precortesiana de Zimapán; sin embargo algunas otras tribus salvajes como los jonaces y los pamés incursionaron por el territorio y aún a fines del siglo XVI se encontraban localizados en el llamado Cerro Gordo, próximo a Zimapán constituyendo un permanente peligro para los demás pobladores.

La proximidad de estos chichimecos de guerra hizo que los totonacas mansos no se establecieran en grandes poblaciones y fuera reducido el número de ellos, su actividad fundamental consistía en la caza de la cual obtenían su alimentación, así como de algunas plantas silvestres.

LOS PRIMEROS POBLADORES

Para el siglo XVII el Real de Minas de Zimapán contaba con 820 familias indígenas y 200 familias españolas, mestizos y mulatos, administrados en lo político por un Alcalde Mayor y un Gobernador y una República de Indios, en lo espiritual por un cura clérigo.

Teniéndose al Bachiller en Teología y cánones Bernabé Ruiz Venegas, como el más antiguo de los curas que tuvo Zimapán. Además existía caja real encargada de recolectar los derechos de las platas reales.

En el último tercio del siglo XVIII, el primer Conde de Regla Pedro Romero de Terreros, adquirió los derechos de explotación sobre la mina Lomo de Toro, de la que sacaba anualmente 3000 toneladas de mineral que transportaba a lomo de mula hasta su hacienda de Regla para su beneficio.

ZIMAPÁN DE ZAVALA 1881

El auge minero de Zimapán durante la dictadura fue considerable: la población aumento y las vías de comunicación se intensificaron; elevándose la categoría política de Zimapán según el decreto siguiente "Decreto número 391, el séptimo congreso del estado de Hidalgo decreta: artículo único, se concede a la villa de Zimapán el título de ciudad de Zimapán de Zavala, al ejecutivo del estado para su sanción y cumplimiento. Dado en el salón de sesiones, en Pachuca a 10 de Agosto de 1881. Francisco Sierra diputado presidente, Julio Armiño diputado secretario.

1.2 LOCALIZACIÓN

Se encuentra situado al noroeste del estado de Hidalgo, siendo sus coordenadas geográficas 20° 44' 20 latitud norte, y 99° 22' 58'' longitud oeste del meridiano de Greenwich.

Limita al Norte con el municipio de Pacula, al Este con Nicolás Flores, al Sureste con Tecozautla y al Oeste por intermedio del río Moctezuma con el estado de Querétaro. Ver Anexo (1)

1.3 CLIMA

De acuerdo con sus características oro hidrográficas, registra una temperatura media anual de 18° C, con una precipitación pluvial media de 388.8ml; estos datos hacen notar que el municipio tiene un clima templado semi árido que lo sitúa entre los climas envidiables de México.

1.4 TERRITORIO

Tiene una superficie de 860 km², con una densidad de población de 30.4 habitantes por kilómetros cuadrados.

Cuenta con montañas de renombre como el Cerro Benito Juárez, además otras de poca elevación; destacando la de Cangandho, el puerto, el Dashi, el Cedral, la montaña de la Pechuga.

Hidrografía: Son varias las corrientes que se forman en las laderas de sus montañas, el río Tolimán que baja por Tzijay, Santiago, Detzani principalmente.

Este río pasa por el occidente de Zimapán y se une con el río Moctezuma en un lugar llamado las Adjuntas, éste río se pierde en el lugar llamado la Pechuga, de las montañas inmediatas, se desprenden varias corrientes de agua cuyo curso muy sinuoso por lo quebrado del suelo se dirige hacia el norte; recibe aguas de otros arroyos que se forman en los cerros de la encarnación y juntos forman el arroyo de Quetzalapa que más tarde se une con el Amajac.

1.5 FLORA Y FAUNA

FLORA

Tomando en cuenta que el municipio de Zimapán se encuentra incrustado en la Sierra Gorda, su vegetación es escasa y raquítica, pues solamente al noroeste del municipio sobran bosques en los que hay algunas especies como pinos, encinos, nogales, piñones cuyas maderas son aprovechadas para la construcción de muebles y casas. En ese aspecto debemos de mencionar que los taladores de bosques sin escrúpulos, acabaron casi con la mayoría de éstos.

Actualmente las autoridades municipales están reforestando en un plan sumamente ambicioso de acuerdo con la secretaría de agricultura y defensa nacional.

FAUNA

En el municipio de Zimapán Hidalgo la fauna es variante ya que en los lugares alejados del centro del municipio, abundan las serpientes, liebres, conejos, coyotes, ganado ovino, caprino, porcino, animales de carga y en la ciudad habitan los animales doméstico".¹

¹ Monografía del municipio de Zimapán, Estado de Hidalgo. Ex. Pte. Sánchez Lozano Romualdo. Documento Interno del municipio de Zimapán, del gobierno del Estado de Hidalgo. Págs. 2 -10.

NIVELES DE VIDA

1.2.1 HABITUAL

En lo que respecta a las actividades económicas de Zimapán, solo algunas personas laboran como campesinos y jornaleros, teniendo estos un horario matutino, ya que es por las mañanas cuando salen de sus hogares para realizar sus diferentes actividades del día. Existen residentes que se dedican a la minería, los cuales tienen diferentes horarios, algunos laboran durante jornadas mixtas y nocturnas.

Las instituciones educativas que se encuentran en el centro del municipio trabajan durante la mañana y parte de la tarde por lo que manejan horario matutino y vespertino; es por ello que su personal labora durante los dos turnos, al igual que una de las secundarias establecidas en la cabecera municipal.

Los diferentes negocios que se encuentran alrededor del centro del municipio en su mayoría inician sus actividades a las nueve de la mañana, posteriormente cierran a la hora de la comida siendo esta entre las tres y cinco de la tarde para después volver a abrir y por último cerrar a las nueve y diez de la noche.

En la cabecera municipal se establece un tianguis todos los sábados y domingos, por lo tanto todos los trabajadores del municipio como los mineros, obreros, jornaleros, trabajadores de la construcción descansan el día domingo y algunos como lo son los profesionistas descansan sábado y domingo.

Los que laboran en el volante: taxistas, chofer de combis, camiones de volteo y trailers; en su mayoría descansan cualquier día de la semana, pues todos estos no están bajo el mando de un patrón, ya que trabajan por su propia cuenta por lo tanto no tienen horario establecido.

En lo que corresponde a entretenimiento y lugares recreativos es importante mencionar que no existe una gran diversidad de ellos, pues nada más hay establecimientos donde se puede rentar películas, se acaba de inaugurar el teatro del pueblo, por lo que aun no se han presentado obras de teatro. Algunos de los jóvenes se divierten practicando algún deporte como lo son: fútbol, básquetbol, fútbol rápido, voleibol y béisbol, ya que la cabecera municipal tiene canchas apropiadas para practicar estos deportes.

Sin embargo es importante mencionar que a lo largo del año y en fechas importantes como lo son: 16 de septiembre y 20 de noviembre entre otras se practica la charrería para lo cual se cuenta con una plaza de toros “San Juan” y llegan equipos de municipios aledaños a Zimapán para competir. El 25 de diciembre en algunas comunidades como la Tinaja se realizan carreras de caballos a donde acuden los diferentes sectores de la población.

Zimapán posee diversos sitios que se han adecuado para organizar en ellos bailes populares, así como dos discotecas en donde la juventud acude cada fin de semana a divertirse, esto sin considerar que cada una de las localidades pertenecientes al municipio celebran un día específico de cada año a una imagen y le organizan una festividad conocida como “fiesta patronal”, a la que acuden no solo personas de ese lugar sino que también de la cabecera municipal.

Los habitantes tienen apropiados hábitos de higiene tales como de higiene personal y de higiene en casa, aunque existen localidades en donde el agua es muy escasa lo que les impide realizar algunas actividades como lo son el baño diario, siendo éste cada tercer día. En la mayoría de los hogares zimapenses cuentan con un sanitario, y son reducidas las viviendas que poseen letrinas para defecar.

En lo que respecta a su atuendo como lo son de ropa, joyas, accesorios, adornos, sedas y productos de belleza, varían de acuerdo a sus posibilidades económicas y status social de las mismas, así como también de acuerdo al empleo o labores que desempeñan, la plata es uno de los metales más utilizados en aretes, pulseras, anillos y cadenas que utilizan sus pobladores.

Es importante hacer mención que algunos de los habitantes son muy accesibles para conversar, tienen buen sentido del humor y son personas muy hospitalarias y respetuosas.

1.2.2 ALIMENTARIO

En Zimapán no se cuentan con una gran variedad de alimentos que sean cultivados aquí mismo, se puede decir que solo se cuenta con los más importantes como lo son: maíz, frijol, aguacate, hortalizas, y frutas como lo son el durazno, la manzana, la tuna, guayaba, granada, limón; el cultivo se da en una muy poca cantidad, por lo que se tienen que traer de otros lugares vecinos como lo es en el caso de Ixmiquilpan.

La mayoría de las personas elaboran su comida en casa, aunque lo hay en excepción cuando quieren antojos que se adquieren en el centro, en las cocinas económicas, las pizzerías, las taquerías, etc. En el mercado del municipio se cuenta con puestos de comida, fondas y estanquillos, los cuales son supervisados por personal que labora en la Jurisdicción Sanitaria no. 5 de Zimapán y también cuentan con permisos de la presidencia municipal, en los cuales se les piden medidas estrictas de limpieza e higiene tanto en las instalaciones como en los alimentos que venden.

Cabe señalar que en el municipio la mayoría de las casas cuentan con el servicio de gas aunque en algunas localidades existen personas que aún utilizan la leña por costumbre o tradición.

Se puede decir que así como en otros lugares en Zimapán también existen platillos típicos de la región como lo son: las enchiladas elaboradas de chile rayado acompañadas de cecina, la barbacoa, carnitas de puerco, chicharrones de res, mole verde, mole rojo y pastes. En su mayoría todos estos alimentos se encuentran en puestos del mercado los sábados y domingos.

En las fiestas particulares que llevan acabo las personas, los platillos que se acostumbra a dar son el menudo, el consomé, arroz, mole verde o rojo y como platillo fuerte la barbacoa y en algunas otras las carnitas de puerco y por lo que se puede decir que la mayoría de los habitantes cuentan con malos hábitos de alimentación, por que es mayor el consumo de carnes que de verduras.

1.2.3 EDUCACIONAL

El lenguaje que predomina en el municipio es el español a excepción de algunas comunidades donde aun se maneja el dialecto ñañhu.

En el centro de Zimapán se cuenta con diversidad de escuelas como lo son: 3 kinder, 4 escuelas primarias, 2 secundarias, 1 COBAEH, 2 preparatorias, 1 campus de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, pero es importante mencionar que en las comunidades que pertenecen a dicho municipio tienen sus propias instituciones educativas abarcando los 3 niveles de educación básica.

Todas las escuelas ya mencionadas tienen una biblioteca dentro de su plantel, y en el Centro de Zimapán existe una biblioteca pública quien a su vez cuenta con el servicio de internet y computadoras para uso en general.

ASPECTO MÉDICO SANITARIO

1.3.1 SALUD Y ENFERMEDADES

A pesar del gran avance que existe en la medicina en nuestros días, en el municipio aun persisten personas que creen en gente que según ellos han sido dotados con dones divinos que utilizan para curar a las personas, seguidos de amuletos, hechizos y un sin fin de hierbas empleadas para sanar. Por citar algunas de sus creencias las mamás les colocan a sus bebés los llamados “ojo de venado” que sirven para evitar que le hagan “ojo” a su hijo, también recurren a las “limpias” para curarse de alguna enfermedad o del conocido “mal aire”, algunas personas prefieren remedios caseros como algún té pero esto depende de la enfermedad que presenten ya que existen las llamadas “sobadas” que son utilizadas para aliviar dolores musculares.

En la actualidad no se conoce de muertes ocasionadas por suicidio ya sea por causas amorosas, políticas, económicas, religiosas o psicológicas.

Es importante hacer mención que existe un Centro de Salud Rural Concentrado de primer nivel, el cual su personal está capacitado para poder atender a todo tipo de personas que requieran el servicio, no obstante existen instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social e ISSSTE los cuales solo atienden a derechohabientes de los mismos.

A su vez hay 7 consultorios con su respectiva clínica particular a la cual asisten las personas de un mejor nivel económico ya que sus precios no son accesibles para todos.

Debido a que el municipio cuenta con comunidades lejanas al centro, algunas de las personas que las habitan no cuentan con transporte particular y recursos económicos para atenderse en el municipio, por lo que el Centro de Salud Rural

concentrado organiza a los habitantes de las mismas para que cuenten con una casa de salud, las cuales se integran por 1 médico pasante las 24 hrs. Del día, de 1 a 2 enfermeras durante el día y solo en caso de ser necesario el médico traslada a los pacientes al Centro de Salud del municipio o a alguna otra institución que se requiera, dependiendo del padecimiento o del estado de salud en que se encuentre el paciente.

1.4 INSTITUCIONES DE GOBIERNO: EDUCATIVOS, MILITARES Y DE SALUD

Se cuenta con 160 centros docentes, desde el nivel Preescolar hasta el Superior; como apoyo educativo, se cuenta con 1 bibliotecas, zonas de inspección de las diferentes zonas educativas.

El municipio de Zimapán Hgo. cuenta con el 5º. Batallón de Infantería, así también cabe mencionar que existen Instituciones de Gobierno de Salud, como lo son Centro de Salud, Cruz Roja, IMSS, oficinas del ISSSTE y diferentes consultorios y clínicas particulares en el municipio.

CAPITULO II

GENERALIDADES Y CÓMO LOGRAR EL CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES MELLITUS

GENERALIDADES SOBRE LA DIABETES MELLITUS

2.1 ¿QUÉ ES LA DIABETES?

“La Diabetes es una alteración del metabolismo, caracterizada por el aumento de los niveles de glucosa en sangre (hiperglucemia), causada por un defecto (completo o no) de la secreción o acción de una hormona; la insulina. Ésta se produce en unas formaciones especiales que se encuentran en el páncreas: los islotes de Langerhans”. (2²)

La insulina, a su vez, actúa como una llave que abre las puertas de las células en los músculos, el tejido graso y el hígado, permitiendo la entrada de glucosa para su metabolismo y producción de energía; lo que permite mantener las funciones de los órganos; disminuyendo, por tanto, su nivel en la sangre. Todo este mecanismo es muy rápido, no dando tiempo a que la glucemia se eleve.

En el diabético, la producción de la insulina está tan disminuida que se altera todo el mecanismo regulador: las elevaciones de la glucosa sanguínea no son seguidas por un aumento suficiente de la insulina, la glucosa no puede penetrar en las células y su cantidad continúa elevándose.

² Guía Técnica para Capacitar al paciente con Diabetes. Editorial Secretaría de Salud. Primera edición México 2001. Pág: 43.

La Diabetes Mellitus fue definida como un grupo de enfermedades del metabolismo cuya manifestación fenotípica fundamental es la hiperglucemia. Esta resulta de acción deficiente de insulina en los tejidos u órganos insulino dependientes, originada por secreción inadecuada de (o ausente) o resistencia a la acción de la hormona.

Los dos defectos fundamentales pueden coexistir en el mismo enfermo y en ocasiones es imposible definir con claridad cuál de los dos predomina. Anormalidades en el metabolismo de las grasas y proteínas son también características de la Diabetes Mellitus.

El Comité de Expertos propuso la clasificación etiológica:

1. “El grupo denominado Diabetes Tipo 1 engloba a los enfermos en quienes la diabetes es debida fundamentalmente a deficiencia de insulina secundaria a disminución acentuada de la masa de células B del páncreas. Esta diabetes tiene como característica clínica fundamental la tendencia a la cetoacidosis. En general, la mayoría de los casos con diabetes tipo 1 son el resultado de la destrucción autoinmune de las células B, con evidencia sérica de anticuerpos dirigidos a antígenos específicos (ejemplo: anti-insulina, anti-descarboxilasa de ácido glutámico, anti-citoplasma de células B).

La diabetes tipo 1 no incluye aquellos casos en los que la destrucción de células B es secundaria a enfermedades inflamatorias (ejemplo: pancreatitis) o causas congénitas de mecanismo no bien definido (ejemplo: fibrosis quística del páncreas). En algunos casos, la etiología específica de la diabetes tipo 1 es no discernible, por lo que se clasifica como diabetes tipo 1 idiopática.

2. La clase llamada Diabetes Tipo 2 incluye a la forma más prevalente de la diabetes mellitus, que resulta de la combinación de resistencia a la acción de la insulina y defectos en la secreción de la hormona".³

En cualquiera de sus manifestaciones, es un proceso que afecta al ser humano en todas las esferas que lo constituyen: física, psicológica, familiar y social.

2.2 FISIOPATOLOGÍA

Existe una reducida y/o alterada secreción de insulina, aumento en la producción hepática de glucosa, reducida utilización periférica de glucosa, lo que ocasiona hiperglucemia.

Esta hiperglucemia ejerce un efecto negativo sobre las células beta del páncreas y sobre la sensibilidad a la insulina en el músculo y tejido adiposo.

La Diabetes Mellitus tipo 2 tiene un componente fuertemente genético, ya que se presenta con mayor frecuencia en algunos grupos étnicos como los hispanos, afro americanos, indio americanos y en originarios de las islas del Pacífico.

Sin embargo el gen implicado no ha sido completamente identificado y tal parece que esta entidad es el resultado de un efecto multigenético.

La predisposición genética por si sola, no es suficiente para desarrollar diabetes, al parecer se requiere la participación de algunos factores ambientales (obesidad, sedentarismo, dieta alta en grasas, etc.) que incrementan el riesgo para su presencia.

³Viviendo Bien con la Diabetes. Editorial Secretaría de Salud. Austin, Texas: 2002. P. 2.

“Acciones de la Insulina: la insulina tiene un efecto predominante sobre la regulación de la homeostasis de la glucosa. Estos efectos glucorreguladores se ejercen principalmente en tres tejidos: hepático, muscular y adiposo. En el hígado, la insulina inhibe la producción hepática de glucosa mediante la inhibición de la glucogénesis y glucogenólisis, y también fomenta el almacenamiento de glucógeno. En el tejido muscular y adiposo, la insulina estimula la captación, almacenamiento y empleo de la glucosa.

Resistencia a la Insulina: suele definirse como una respuesta biológica subnormal a una determinada concentración de insulina. Los individuos con resistencia a la insulina secretan cantidades anormalmente altas de insulina para compensar este defecto y así poder lograr ciertos metabólicos, como un adecuado transporte de glucosa en el músculo, grasa y suprimir la producción hepática de glucosa. Actualmente se sabe que no todos los sujetos que presentan resistencia a la insulina desarrollan diabetes mellitus.

Las mutaciones en el gen del receptor de insulina son responsables de un número muy limitado de casos, pero desafortunadamente, la base molecular de la resistencia a la insulina en la gran mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 se desconoce.

Resistencia a la Insulina y riesgo de diabetes Mellitus: la resistencia a la insulina es un factor de riesgo muy importante (pero no el único) para desarrollar diabetes mellitus. Los sujetos que desarrollan diabetes mellitus suelen presentar resistencia a la acción de la insulina durante años sin presentar elevaciones significativas de la glucosa en sangre.

Las diferencias fisiológicas entre aquellas personas que tienen resistencia a la insulina y desarrollan o no diabetes son importantes para entender la fisiopatología de esta entidad.

Respuesta de la célula beta a la resistencia a la insulina: las concentraciones de insulina están elevadas en los sujetos con resistencia a la insulina y una tolerancia a la glucosa normal.

La obesidad es probablemente la causa más común de resistencia a la insulina.

La secreción de insulina basal y durante 24 horas es de tres a cuatro veces mayor en obesos que en sujetos delgados Khan et al.

Han demostrado que existe una relación hiperbólica entre la sensibilidad a la insulina y la primera fase de secreción de insulina esto significa que una disminución en la sensibilidad a la insulina incrementará proporcionalmente la secreción de insulina por el páncreas manteniendo niveles de glucosa normales y viceversa. Pero, el deterioro progresivo de la célula beta disminuye paulatinamente la liberación de insulina presentándose inicialmente elevaciones de glucosa después de la ingesta de alimentos (posprandial), para posteriormente encontrar hiperglucemia de ayuno.”⁴

2.3 CUADRO CLINICO

Los síntomas clásicos que permiten diagnosticar la diabetes son:

- “Astenia (agotamiento) y Polifagia (mucho hambre): como consecuencia de la falta de combustible en las células, éstas no producen energía y se alteran sus funciones. Esta falta de energía es la razón por la que un diabético mal controlado puede sentirse débil y sin fuerza (astenia). Por el mismo motivo, las células se encuentran hambrientas, siendo ésta la razón por la que pueda sentir hambre (polifagia), aún habiendo consumido alimentos.

⁴ Control Total de la Diabetes para el médico tratante. Dr. Robles Valdes Carlos, Dr. Díaz Salazar Juan, Dr. Rodríguez Saldaña Joel, Dr. Lavalle Gonzalez Fernando J. Editorial: Intersistemas. México 2002. Pág. 3.

- Pérdida de peso: puesto que no puede recibirse energía de los azúcares, el organismo intenta obtenerla a partir de las grasas, produciéndose una movilización de las que se encuentran almacenadas en el tejido adiposo. Esta es una de las razones del posible adelgazamiento de las personas con diabetes.
- Polidipsia (muchacha sed) y Poliuria (mucho orinar): El riñón, que actúa como un filtro de glucosa, se torna incapaz para concentrarla toda, por lo que se ve obligado a diluirla utilizando agua del organismo. Esto conduce a una cierta deshidratación que se percibe por el diabético como un aumento de la sensación de sed (polidipsia). La eliminación de agua hace que las personas con diabetes no controlada tiendan a orinar más de lo normal (poliuria).

Los exámenes de laboratorio que demuestran que la persona tiene diabetes son:

- Glucemia en ayuno mayor a 100 mg/dl.
- Glucemia casual mayor a 140 mg/dl.”⁵

2.4 EVOLUCIÓN

“Se han detectado una serie de alteraciones en la secreción de insulina en sujetos con diagnóstico reciente de diabetes mellitus; éstas incluyen una reducida o ausente respuesta aguda de la insulina al estímulo de la glucosa intravenosa, un retraso en la respuesta secretoria a la ingestión de los alimentos, alteración en la oscilación pulsátil de insulina y un incremento en las concentraciones de pro insulina. Sin embargo, la hiperglucemia en el sujeto diabético por si misma, contribuye en la presencia de algunos de estos defectos, los cuales, suelen mejorar al disminuir las concentraciones séricas de la misma.

⁵ Op cit. Secretaría de Salud. P. 11.

Por lo tanto, en sujetos ya con criterio diagnóstico de diabetes (glucosa en ayunas > 126 mg/dl), no es posible distinguir aisladamente los defectos en la secreción de insulina".⁶

En los individuos, tanto el componente genético como el medio ambiente desfavorable contribuyen al desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 a través del tiempo. A la fecha, se considera como una entidad predispuesta por múltiples genes.

Una disminución en la primera fase de secreción de insulina predice la aparición de diabetes, sugiere fuertemente que la temprana disfunción pancreática juega un papel fundamental en el deterioro progresivo de la tolerancia a la glucosa.

Los mecanismos que conllevan a la aparición y progresivo deterioro tanto en la acción de la insulina como en la secreción de insulina por la célula beta del páncreas no se conoce con precisión, aunque el factor genético y ambiental tal vez juega un papel de igual o mayor trascendencia en el desarrollo.

Por lo anterior, toda medida que trate de prevenir la aparición de diabetes debe estar dirigida a mejorar los disturbios metabólicos ya conocidos como la resistencia a la insulina y la deficiente secreción de insulina por el páncreas.

2.5 PRONÓSTICO

El pronóstico de un paciente con Diabetes Mellitus, dependerá de un tratamiento multidisciplinario que incluye el Tratamiento Farmacológico y un cambio en el estudio de vida que nos llevará a un adecuado control de glucemia, ya que como es sabido si no se cumplen con éstos objetivos tendremos las indeseables complicaciones de la Diabetes Mellitus, como lo son: neuropatía, nefropatía, retinopatía, glaucoma, catarata, pie diabético, etc.

⁶ Op cit. Robles. P. 15.

Por eso la importancia de hacer hincapié en la dieta en el control de peso, ejercicio, llevar un control médico adecuado. Para que de ésta manera se pueda retardar la aparición de las complicaciones.

2.6 COMPLICACIONES

“La Diabetes Mellitus ocasiona complicaciones crónicas en numerosos tejidos y órganos, como:

- Retinopatía Diabética
- Nefropatía Diabética
- Neuropatía Diabética Somática

* Retinopatía Diabética: Es el término general que se utiliza para referirse a todas las alteraciones de vasos sanguíneos de la retina, causadas por la Diabetes Mellitas.

La retina tiene una capacidad metabólica muy grande que sobrepasa cualquier otro tejido, lo que incluye a la corteza cerebral, tanto en oxidación de la glucosa como en captación de oxígeno. Tal vez a ello se deba que la formación de aneurismas y la neovascularización sólo se presentan en los vasos retinianos.

El número de diabéticos en el mundo se duplica aproximadamente cada 15 años y en el momento actual se estima que existen poco más de 120 millones. Se ha establecido intencionalmente que la definición de ceguera para fines de incapacidad o de pensión laboral es una agudeza visual de 20/200 o menos. En esta escala la cifra normal es 20/20.

Una persona con DM tiene una probabilidad de entre 5 y 10% de llegar a la ceguera y este riesgo es mayor en pacientes con DM tipo 1.

Los factores más importantes que tienen que ver con la aparición y la Progresión de la RD son: la duración de la DM, el control de la DM, la edad de los pacientes y los factores genéticos; también influyen otros factores como la hipertensión arterial, los factores inmunológicos, las dislipidemias y el tabaquismo.

* Nefropatía Diabética: Las manifestaciones importantes de nefropatía diabética son glomerulosclerosis (nodular, difusa y exudativa). Píelo nefritis (aguda, crónica y fulminante) y arteriosclerosis de la arteria renal. Al comenzar la nefropatía, suele mejorar la tolerancia a la glucosa y disminuye la necesidad de insulina. El riñón desempeña un papel importante en la degradación de la insulina circulante. En la nefropatía grave, la degradación de la insulina está retardada, lo que causa aumento de la potencia de una dosis dada de insulina. Otros factores que contribuyen pueden ser pérdida de los anticuerpos contra la insulina por orina, ingestión deficiente de alimentos y disminución de la gluconeogénesis renal.

* Neuropatía Diabética Somática: El término neuropatía diabética se refiere a las alteraciones morfológicas y funcionales del sistema nervioso periférico causadas por la Diabetes Mellitus cuando no existen otras causas de neuropatía. Puede afectar tanto a las divisiones somáticas (sensitivas, motoras o ambas) como a la división autónoma del sistema nervioso periférico. El desorden puede ser manifestado ya sea clínicamente o por exámenes de gabinete”.⁷

2.7 DIAGNÓSTICO

“La elevación de la glucemia por arriba de 200 mg/100 ml en ayunas o después de comer indica diabetes sacarina. Más aún, la elevación de la glucemia en ayunas por arriba de 150 mg/100 ml indica también un trastorno.

⁷ Avances en Diabetes. Dr. Gómez Pérez Francisco J. Tomo V. Editorial: Corporativo Intermedica. Primera edición México, D.F. 1999. Págs. 292-294.

La que se emplea más a menudo, y además se abusa de ella, es la prueba bucal de tolerancia a la glucosa (PBTG), el médico debe hacer esta prueba sólo si conoce claramente indicaciones y limitaciones de la misma.

Un criterio para distinguir entre normalidad, tolerancia alterada y a la glucosa y diabetes se puede basar en la suma de los valores de la glucemia en ayunas, a la hora y a las dos horas. Otras pruebas empleadas para diagnosticar diabetes son prueba intravenosa de tolerancia a glucosa y cortisona".⁸

"Criterios de diagnósticos de Diabetes Mellitus:

- a) Síntomas compatibles con diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) más glucemia casual (a cualquier hora del día, sin importar la hora de las comidas) igual o mayor de 200 mg/dl.
- b) Síntomas compatibles con diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) más glucemia casual (a cualquier hora del día, sin importar la hora de las comidas) igual o mayor de 200 mg/dl.
- c) Glucemia en ayunas (de ocho horas por lo menos) igual o mayor de 126 mg/dl.
- d) Glucemia posprandial (dos horas después de la comida) igual o mayor de 200 mg/dl en curva de tolerancia a la glucosa".⁹

⁸ Medicina Interna. Dr. Harvey. Tomo 3. Editorial: Interamericana. Primera Edición México 1998. P. 752

⁹ Op Cit. Robles. Págs. 15 y 17

La nueva clasificación de la diabetes refleja la intención de los expertos que la propusieron por mejorar las expectativas de la mayoría de los pacientes, obliga al médico a intervenir en etapas más tempranas, en las que la oportunidad de modificar el curso de la diabetes mellitus tiene tremendas consecuencias humanas y económicas, y representa un cambio contra la actitud pasiva tradicional, en la que el uso desesperado de los pocos recursos disponibles para el manejo de las complicaciones crónicas se ha convertido en la norma.

Aunque ha sido rebatida por grupos que cuestionan la equivalencia de las cifras actuales con las obtenidas con la curva de tolerancia a la glucosa, y porque se han demostrado discrepancias con el valor predictivo para distinguir el riesgo cardiovascular, debemos considerar que la nueva clasificación de la diabetes mellitus, y la cifra actual de 126 mg/dl en la glucemia en ayunas para establecer el diagnóstico, son herramientas muy valiosas para llevar el diagnóstico a etapas mas tempranas, con los beneficios esperados sobre los pacientes.

2.8 TRATAMIENTO

Una vez realizado el diagnóstico de diabetes, se le debe explicar al paciente de manera que evite las interpretaciones erróneas sobre el efecto que esta pueda tener sobre su vida.

Es importante que la explicación sea realista, pero es indispensable evitar que el paciente asuma que son inevitables los cambios degenerativos. Ninguna otra enfermedad crónica ilustra mejor la necesidad de colaboración entre paciente y médico. El primero debe adoptar la misma responsabilidad que el segundo en la asistencia diaria. El diabético al que se ha hecho el diagnóstico reciente desea a menudo adoptar una actitud pasiva hacia su enfermedad, y dejar su cuidado a los demás. Por el contrario, es indispensable que desde un principio se dejen claramente establecidas las funciones de médico, dietista, consejeros y del propio paciente como tratante primario de su trastorno.

“Aproximadamente 85% de los diabéticos recién diagnosticados están pasados de peso, no dependen de la insulina y no tienen propensión a la cetosis, la dieta sigue siendo la base del tratamiento de todos los pacientes diabéticos con obesidad.

Tratamiento con Insulina: los pacientes pobremente controlados con dieta. O bajo dieta y AHB, pueden recibir por primera vez insulina sin hospitalización. Se les administra una dosis pequeña de la misma al principio mientras aprenden las técnicas de inyección y más tarde logran el control. Los diabéticos recién descubiertos con iniciación rápida de síntomas agudos, en particular niños, adolescentes o adultos jóvenes, deben hospitalizarse para recibir una asistencia óptima”.¹⁰

Con la demostración de que el riesgo para desarrollar complicaciones micro vasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatías diabéticas) y probablemente también las macro vasculares (arteroesclerosis y sus consecuencias), está fuera de duda que el manejo debe tener como objetivo lograr el mejor control de la glucosa sanguínea, idealmente en valores cercanos a lo normal.

“Terapia Insulinica Convencional: El tratamiento convencional se puede describir como la administración de una o dos dosis de una mezcla de insulina intermedia con insulina regular, o bien mezcla de insulina intermedia con regular por la mañana y sólo intermedia antes de cenar.

El tratamiento convencional no previene las complicaciones vasculares tardías, ya que sólo permite el control de los síntomas (poliuria, polidipsia, nicturia, perdida de peso, polifagia) y la prevención de complicaciones agudas como son la cetoacidosis y la hipoglucemia.

¹⁰ Ídem. Robles. P. 755.

A pesar de estos inconvenientes, es en la actualidad el esquema de tratamiento más favorecido por la mayoría de los médicos y el de mayor aceptación por los pacientes. Si bien este tipo de manejo no reduce el riesgo de complicaciones tardías, se tiene la alternativa de la vigilancia estrecha, para detectarlas cuando se inician y así propiciar un tratamiento oportuno, la foto coagulación con láser cuando se inicia la retinopatía, tratamiento de la hipertensión arterial, medicación y reducción del aporte de proteínas en la dieta cuando aparece microalbuminuria (inicio temprano de nefropatía), cuidado de los pies con manejo de úlceras o infecciones para evitar amputaciones.

El Tratamiento Convencional exige una vigilancia estrecha y frecuente para detectar oportunamente el inicio de las complicaciones micro vasculares.

Los ajustes en la dosis de insulina siempre se deben consultar con el médico tratante.

Tratamiento Intensificado con Insulina: El tratamiento intensificado intenta simular la secreción normal de insulina por el páncreas, para esto se administra insulina intermedia o de acción prolongada una o dos veces al día, para proporcionar el requerimiento "BASAL" de insulina. Las necesidades de insulina requeridas para la utilización de la glucosa de los alimentos se cubren con inyecciones de insulina regular antes de cada comida. Esto implica cuando menos 3 a 4 inyecciones diarias y la medición correspondiente de glucosa en sangre (auto monitoreo).

Otro procedimiento es por medio de bombas portátiles para la infusión continua de insulina, que se programa para proporcionar el requerimiento basal continuo, con bolos antes de cada comida, de acuerdo a un programa o esquema establecido (algoritmo). Se hace evidente que la persona con diabetes requiere necesariamente del aprendizaje correcto del auto monitoreo de la glucemia y de las reglas de la alimentación, actividad física y manejo de la insulina.

Tratamiento con Insulina en Personas con Diabetes Tipo 2: la dieta es hasta el momento la base del tratamiento de la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2 y sólo cuando ésta no es suficiente para lograr un buen control de la glucosa sanguínea, es que se agrega medicación hipoglucemiante (hipoglucemiantes orales).

Existen, sin embargo, condiciones en las que es necesario el tratamiento con insulina que puede ser temporal o permanente.

- Tratamiento Temporal con Insulina: durante infecciones graves; cirugía; problemas del corazón, como infarto, accidente vascular cerebral (embolia); el manejo con insulina se ha demostrado que permite una mejor recuperación y control de la glucosa sanguínea, y al mismo tiempo previene una descompensación grave como son el coma hiperosmolar y la cetosis diabética.

En el tratamiento temporal se recomienda utilizar insulina humana por tener menor capacidad de inducir alergia, si en un futuro se requiere nuevamente de tratamiento con insulina.

- Tratamiento Permanente con Insulina: en este momento es conveniente mencionar que la Diabetes Mellitus, que de manera general denominamos no dependiente de insulina o diabetes tipo 2, incluye diversos tipos o variedades y por lo tanto diferente respuesta al tratamiento dietario y con hipoglucemiantes orales.

Algunos diabetólogos opinan que aquellos pacientes que inician la diabetes con datos de una importante deficiencia en la acción o secreción de insulina deben ser tratados con insulina., como es el caso de las personas que presentan síntomas severos de la diabetes (poliuria, polidipsia, nicturia) con cetosis (cetonas en orina) e importante pérdida de peso.

El tratamiento con insulina no se debe ver como el último recurso de tratamiento en la diabetes tipo 2, sino como una alternativa para lograr un mejor control para la prevención de las complicaciones vasculares.

Se considera como control aceptable una glucemia en ayuno menor a 140 mg/dl (ideal menos de 115 mg/dl) y menor de 200 mg/dl (ideal menos de 140 mg/dl) después de dos horas de comer (postprandial). Las dosis de insulina que habitualmente se usan en pacientes con diabetes tipo II, varía de 0.3 a 1.5 unidades por kilo de peso por día, en una o dos inyecciones diarias. Los pacientes con obesidad frecuentemente requieren de dosis muy elevadas de insulina. Cuando el requerimiento diario de insulina para mantener un control aceptable de la glucemia es menor a 0.3 unidades por kilo de peso por día, se puede regresar al tratamiento con sólo dieta hipoglucemiante oral.

Tratamiento Nutricional de la Diabetes Mellitus: la terapia de nutrición es un componente integral del manejo de la diabetes y de la auto-educación de la diabetes. Aún existen muchos conceptos erróneos con referencia a la nutrición y a la diabetes”.¹¹

“Los estudios en sujetos sanos y aquellos con riesgo de diabetes tipo 2 apoyan la importancia de incluir alimentos que contengan carbohidratos, sobre todo de granos enteros, frutas, vegetales y leche baja en grasas en la dieta de personas con diabetes, así mismo han demostrado que la glucosa de la proteína ingerida no aparece en la circulación general, y por lo tanto la proteína no aumenta las concentraciones de glucosa plasmática.

¹¹ Guía Mexicana de Diabetes 2002. Rodríguez Saldaña José. Editorial: Secretaria de Salud. Primera edición México: 2002. Págs. 56-62.

Además la respuesta pico de la glucosa a los carbohidratos solos es similar a la de los carbohidratos y proteínas, sugiriendo que la proteína no hace más lenta la absorción de carbohidratos".¹²

COMO LOGRAR EL CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES

2.1.1 PLAN DE ALIMENTACIÓN

México tiene una de las gastronomías más ricas y variadas del mundo, arraigada en nuestra cultura y costumbres, sin embargo se han sobre valorado los alimentos ricos en grasa animal por sus atractivas propiedades a nuestros sentidos (suavidad, aroma y sabor). Con el conocimiento tenemos mayor capacidad de elegir sanamente, recuerda que la verdad nos permite la posibilidad de escoger.

Las viejas ideas acerca de la existencia de alimentos prohibidos para las personas con diabetes (pan, pastas o tortillas) y de que todos los días deben comer únicamente verduras cocidas con pollo, han quedado en el olvido, a la luz de los principios de alimentación sana, que en la actualidad se manejan. De la adecuada comunicación de los alimentos nutricionales depende nuestra posibilidad de comer, complacer, variedad y acierto. Con un adecuado plan de alimentación podemos ser capaces de manejar cifras de glucosa que no sean excesivamente bajas o altas, cubrir nuestras necesidades de energía, mantener nuestro peso en el nivel apropiado y permitir el óptimo crecimiento y desarrollo tratándose de niños, adolescentes, mujeres embarazadas y lactantes.

Es innegable que el plan de alimentación es la base en el tratamiento del paciente con diabetes y se constituye como un reto para el personal del centro de Salud, especialmente si no se cuenta con el apoyo de un nutriólogo o educador en diabetes.

¹² Op cit. Dr. Robles. P.115.

Se utiliza el término Plan de alimentación o Terapia Médica Nutricional en un intento de reemplazar la palabra Dieta. Cabe mencionar que la alimentación adecuada para los pacientes con diabetes es recomendable para quienes no la tienen y viceversa, de tal manera que el término dieta para diabético desaparece, ahora el régimen de alimentación es el mismo para toda la familia.

La dieta debe ser individual e integrada a los estilos de vida o *modus vivendi* a los medicamentos y la actividad física. Considerando que DIETA SANA es aquella que logre mantener el peso corporal ideal y reduzca el riesgo de enfermedades. Los alimentos son fuente de energía y contienen los nutrientes esenciales que favorecen la salud, pero también contienen sustancias que pueden ocasionar daño al organismo, por ello es importante seleccionarlos. Mejoría en el *modus vivendi*, evidencias científicas señalan que un plan de nutrición que conduzca a mantener el peso corporal ideal, quitar el abuso de tabaco y alcohol, mas 30 minutos diarios de actividad física, la mayor parte de los días de la semana, conducen a evitar y tratar enfermedades diversas, como: Obesidad, Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Macroangiopatía, entre otras.

“Los nutrientes que nos permites mantener la salud se dividen en:

- Carbohidratos (cada gramo produce 4 calorías)
- Proteínas (cada gramo produce 4 calorías)
- Grasas (cada gramo produce 9 calorías)
- Vitaminas
- Minerales
- Agua

Todos son esenciales para el mantenimiento del equilibrio funcional del cuerpo, se estima que de 50% a 55% de las calorías de nuestra alimentación deben provenir de

Carbohidratos o Azúcares, los cuales son la fuente esencial de energía, 15% a 20% de las Proteínas y aproximadamente 30% o preferentemente menos de las grasas.

Los azucares pueden ser simples o complejos. Los simples aumentan rápidamente la glucosa en la sangre y se encuentran en: frutas, caramelos, mermelada, refresco, etc. Debemos usarlos en caso de presentar hipoglucemia ó baja de azúcar la cual se manifiesta por nerviosismo, sudoración fría, temblor, somnolencia y dificultad para concentrarse, los azúcares complejos aumentan mas lentamente la glucosa en la sangre, están presentes: en harina, galletas, pan, papas, camote, betabel, cereales, maíz, avena, arroz y leguminosas.

Tres principios importantes para mejorar la alimentación:

1.- Aumentar el consumo de fibras, favorecen el buen funcionamiento del intestino y un mejor control de las cifras de glucosa y colesterol en el plasma, favorecen la sensación de plenitud después de comer y corrigen el estreñimiento.

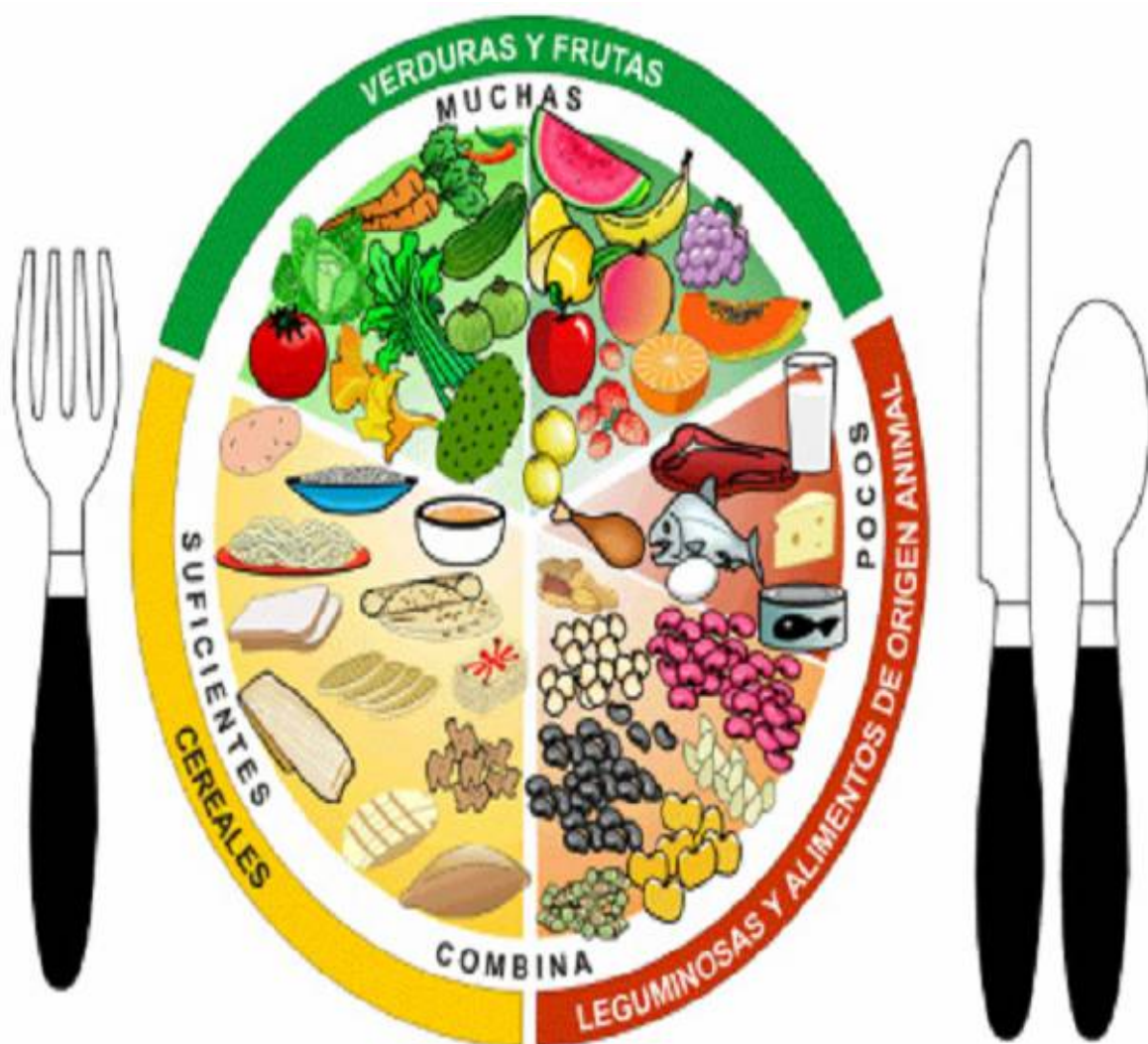
2.- Reducir el consumo de grasa, especialmente de origen animal; es conveniente que las grasa representen menos del 30% de las calorías totales.

El consumo diario de colesterol no debe rebasar los 300mg. por día.

3.- Evita el consumo de azúcares industrializados como son los contenidos en los llamados alimentos chatarra, pastelitos y frituras. Otra forma de integrar el conocimiento sobre la alimentación sana es el concepto de la pirámide alimenticia, que nos ayuda a recordar las proporciones adecuadas que deben guardar los diversos grupos de alimentos".¹³

¹³ Sintiéndote Bien con la Diabetes. Dr. Vázquez Estupiñán Felipe. Editorial: URANO/Intersistemas. Primera edición México 2002. Págs. 2-4.

PLATO DEL BIEN COMER



2.1.2 ACTIVIDAD FÍSICA

“Cuando realizamos actividad física, no solo quemamos calorías. Ya que el ejercicio trae consigo muchos beneficios:

- Ayuda a disminuir de peso
- Reduce los niveles de colesterol, triglicéridos y fibrinógeno (sustancias implicadas en la producción de aterosclerosis)
- Ayuda a mejorar la capacidad de oxigenación en el organismo
- Activa y fortalece la circulación
- Mejora la eficiencia de la insulina
- Reduce los niveles de hemoglobina glucosilada
- Incrementa la sensación de bienestar
- Ayuda al manejo del estrés
- Incrementa la calidad de vida

Antes de iniciar un programa de ejercicio se debe de recurrir con el médico para ver su estado de salud general, esto con la finalidad de evaluar la intensidad, frecuencia y tipo de ejercicio que más le conviene. La diabetes no debe ser un pretexto para no hacer ejercicio, sino por el contrario, es una muy buena razón para hacerlo, sin embargo existen, circunstancias que potencialmente pueden contraindicar el ejercicio, como la presencia de complicaciones que afecten el ritmo cardíaco o la regulación de la presión arterial, la presencia de retinopatía proliferativa (crecimiento anormal de vasos sanguíneos en la retina) no tratada, la presencia de cetonas en orina.

Si se tiene menos de 100 mg de glucosa antes de hacer ejercicio se debe comer una porción de 15 mg como mínimo de carbohidratos, como los contenidos en una manzana. Si se tiene más de 250 mg. y hay cetonas en la orina, lo que se requiere es ajustar la insulina.

Habitualmente entre una y tres horas después de los alimentos es cuando nuestros niveles de glucosa se encuentran más elevados.

Este es el momento más apropiado para hacer ejercicio”.¹⁴

2.1.3 CONTROL DE PESO

“El sobrepeso y la obesidad dificultan el control de la Diabetes Mellitus, su tratamiento exige la intervención de un equipo Inter. Disciplinario.

Los requerimientos nutritivos de una persona con diabetes son los mismos que los de una persona normal. En las categorías con riesgo de desarrollar Diabetes y que incluyen a la anormalidad previa de tolerancia a la glucosa y la tolerancia a la glucosa disminuida, la dieta debe ser encaminada a lograr un peso normal, debe recomendarse una dieta baja en colesterol, grasas saturadas y rica en ácidos grasos poli insaturados, de manera que la proporción de grasas saturadas / poli insaturadas sea de 1:1 ó menor”.¹⁵

2.1.4 CONSUMO DE ALCOHOL

Para personas con diabetes, se aplican las mismas precauciones con referencia al uso del alcohol que aplican a la población en general. La abstención del alcohol debe aconsejarse para mujeres durante el embarazo y para personas con otros problemas médicos tales como pancreatitis, neuropatía avanzada, hipertrigliceridemia severa o abuso de alcohol.

¹⁴ Ídem. P. 9.

¹⁵ Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Krupp A. Marcos, Chatton Miltón J. Editorial: URANO/Intersistemas. Primera edición México 2003. P. 766.

El alcohol puede tener efectos hipoglucémicos e hiperglucémicos en personas con diabetes. Estos efectos se determinan por la cantidad de alcohol ingerido de manera aguda, si se consume con o sin alimentos y si el uso es crónico y excesivo.

La hipoglucemia inducida por el alcohol aparece normalmente después de varios días de intenso consumo del mismo, durante los que la persona come poco, provocando así una disminución de glicógeno, en éste contexto, la hipoglucemia puede ser profunda, con tasas de mortalidad de hasta el 10%.

2.1.5 CONTROL GLICÉMICO

“VIGILANCIA DEL GRADO DE CONTROL DE LA GLUCEMIA

La vigilancia óptima del control de la glucemia implica la realización de determinaciones de la glucosa plasmática por el paciente y la valoración del control a largo plazo por el médico (determinación de la HbA1c y revisión de las mediciones de glucosa realizadas por el paciente).

Estas determinaciones son complementarias: las realizadas por el paciente proporcionan una panorámica del control glucémico a corto plazo, mientras que la HbA1c refleja el control medio de la glucemia a lo largo de dos a tres meses precedentes.

La integración de ambas proporciona una valoración precisa del grado de control logrado.

AUTOMONITOREO DE LA GLUCEMIA CAPILAR

Este procedimiento ampliamente realizado consiste en obtener una gota de sangre capilar por medio de una lanceta; la cual es colocada en una almohadilla de la tira reactiva.

En ésta almohadilla existen sustancias químicas que reaccionan con la glucosa, causando cambio en su color, en los nuevos sistemas, la reacción de la glucosa con los reactivos genera una pequeña corriente eléctrica la cual es medida y transformada en concentración que eventualmente es mostrada en la pantalla de un glucometro.

El empleo de los resultados del auto monitoreo de la glucemia capilar sería:

1. Fijar los objetivos glucemicos
2. Desarrollar recomendaciones para el tratamiento farmacológico
3. Evaluar la eficacia del tratamiento farmacológico y no farmacológico
4. Instruir al paciente sobre la interpretación y acción al patrón de la glucemia
5. Modificar el tratamiento durante períodos de enfermedad asociada o cuando se administran simultanea mente medicamentos que puedan alterar el control glucemico
6. Modificar el tratamiento en respuesta a cambios de actividad física
7. Identificar hipoglucemia asintomática

Las indicaciones del auto monitoreo de la glucemia capilar son:

1. Pacientes tratados con insulina
2. Diabetes y embarazo, Diabetes Mellitus Gestacional
3. Diabetes inestable
4. Hipoglucemia asintomática
5. Tratamiento intensivo".¹⁶

¹⁶ Principios de Medicina Interna. Harrison. Editorial: MC Graw Hill Primera edición 2003. P. 2490.

“HEMOGLOBINA GLUCOSILADA (HbA1c)

Normalmente se produce en el cuerpo una reacción química no enzimática entre una proteína (en éste caso hemoglobina) y la glucosa, lo que genera un producto inestable, llamado cetoamida.

La hemoglobina glucosilada (HbA1c) es el resultado de la glucosilación de la porción amino terminal de la subunidad beta de la hemoglobina. Su nivel refleja la exposición de la Hb (Hemoglobina) a los niveles de glucosa durante un período de tiempo, y proporciona una medida clínica de la concentración promedio de glucosa durante la vida media de la Hemoglobina (eritrocito) por lo tanto indica el promedio de la glucemia en aproximadamente tres meses previos.

CETONAS EN ORINA

La prueba de cetonas representa una parte importante en el monitoreo de pacientes con Diabetes Mellitus, especialmente en aquellos con Diabetes Mellitus tipo 1 y durante el embarazo.

La presencia de cetonas indica la posibilidad o la presencia de cetoacidosis, todas las personas con Diabetes Mellitus deberán de realizar la prueba de cetonas durante una enfermedad o estrés agudo, o cuando la glucemia esté constantemente elevada (>300mg/dl), durante el embarazo o cuando existan datos clínicos de cetoacidosis”.¹⁷

¹⁷Test of Glycemia in Diabetes. Editorial: American Diabetes 2002. Págs. 97-99.

2.1.6 DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

“Se ha relacionado a una serie de factores ambientales con el desarrollo de hipertensión, entre ellos se encuentra el consumo de sal, la obesidad, la profesión, el consumo de alcohol, el tamaño de la familia, el hacinamiento, edad, raza, sexo, tabaco, el colesterol cerico, la intolerancia a la glucosa y el peso corporal”.¹⁸

- “La presión alta es un factor de riesgo, más importante en los diabéticos que en los no diabéticos.
- Debe ser necesario un control más riguroso en los jóvenes con nefropatía
- Se recomienda tomarse la presión arterial periódicamente (en casa) con el fin de observar si el paciente mantiene cifras de la presión alta o está disminuyendo”.¹⁹

“La hipertensión arterial se presenta aproximadamente en el doble de frecuencia en diabéticos que en no diabéticos. Es más prevalente con el tiempo de evolución de la diabetes mellitus, es decir, cuantos más años de evolución de la diabetes, se presenta con mayor frecuencia la hipertensión arterial. El estudio del corazón de Framingham mostró que el 50% de los pacientes con diabetes mellitus tienen hipertensión arterial. En el estudio de corazón de San Antonio en México americanos, 85% de los diabéticos mayores de 50 años tenían hipertensión arterial. El 9.8% de la población estudiada tenían hipertensión y de ellos 75% eran obesos y 50% tenía intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus. La mortalidad relativa por causas cardiovasculares se incrementa en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de 2.5 a 7.5 cuando además se cursa con hipertensión arterial. La presencia de nefropatía aumenta la mortalidad 37 veces”.²⁰

¹⁸ Op cit. Harrison. P. 1663.

¹⁹ Op cit. Secretaría de Salud. P. 36.

²⁰ Op cit. Robles, P. 46.

2.1.7 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Por regla general, una alimentación saludable y la práctica regular de ejercicio son suficientes para lograr un adecuado control del azúcar y grasas en la sangre, acompañadas de la presencia de un peso ideal. Sin embargo, en ocasiones es necesario recurrir al uso de medicamentos que a través de diversos mecanismos de acción te ayudarán a mejorar tu salud favoreciendo las acciones de la insulina, regulando la absorción de nutrientes.

Es muy importante recordar que la toma de medicamentos no substituye de manera alguna, al plan de alimentación o la práctica de ejercicio.

El poco apego al tratamiento es una dificultad con la que comúnmente se encuentra el personal del Centro de Salud, ante pacientes que cursan con Diabetes Mellitus la cual no tiene cura, solo se puede controlar, esto se constituye como una limitante en el desarrollo de las actividades encaminadas a prevenir complicaciones en enfermos con diabetes, por que involucra aspectos psicosociales donde la educación del paciente es una componente esencial, para abatir esta situación que se refleja en el comportamiento del mismo. Los conocimientos acerca de diabetes mellitus, sus complicaciones, determinan de manera importante la adherencia al tratamiento.

Es por ello que se requiere informar de manera ordenada y práctica al enfermo, sobre dichos temas, considerando los siguientes aspectos:

a) ASPECTOS PSICOSOCIALES

- Problemas Interpersonales
- Rechazo al Trabajo o a la Escuela
- Ansiedad o Depresión
- Problemas Orgánicos
- Trastornos Afectivos

- Comportamiento Inapropiado para la edad
- Dinámica Familiar

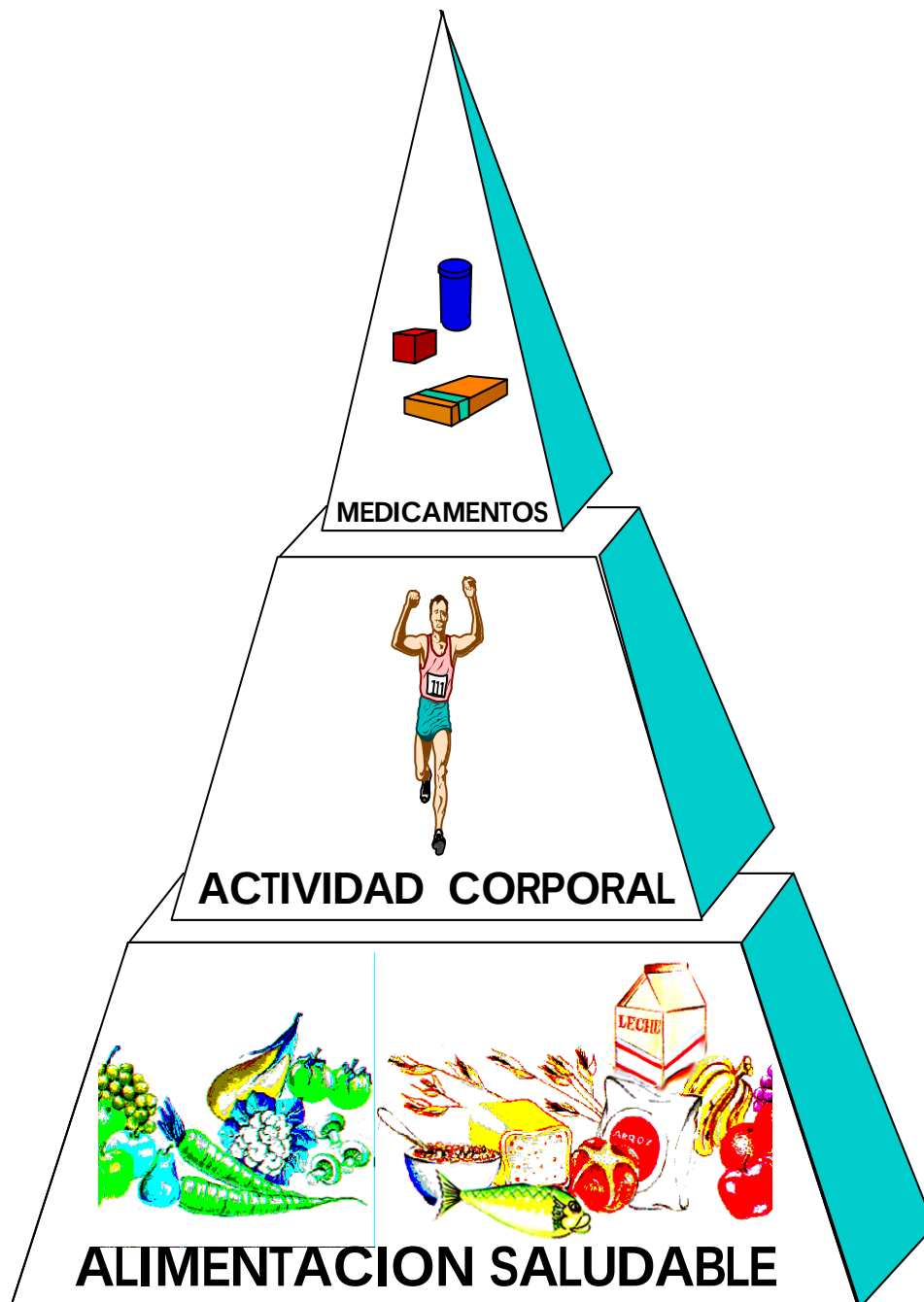
b) ASPECTOS SOCIALES

- Conflictos Familiares
- Ausentismo Laboral o Escolar
- Desempeño Laboral Deficiente
- Alcoholismo
- Fármaco dependencia
- Abandono familiar, laboral o escolar
- Responsabilidad Familiar hacia la persona con diabetes

c) ASPECTOS DEL COMPORTAMIENTO

- Comportamiento imperativo
- Trabajar demasiado o exhaustivamente
- Falta de atención
- Aspectos referentes a la alimentación

ELEMENTOS FUNDAMENTALES PARA CONTROLAR LA DIABETES MELLITUS



CAPITULO III

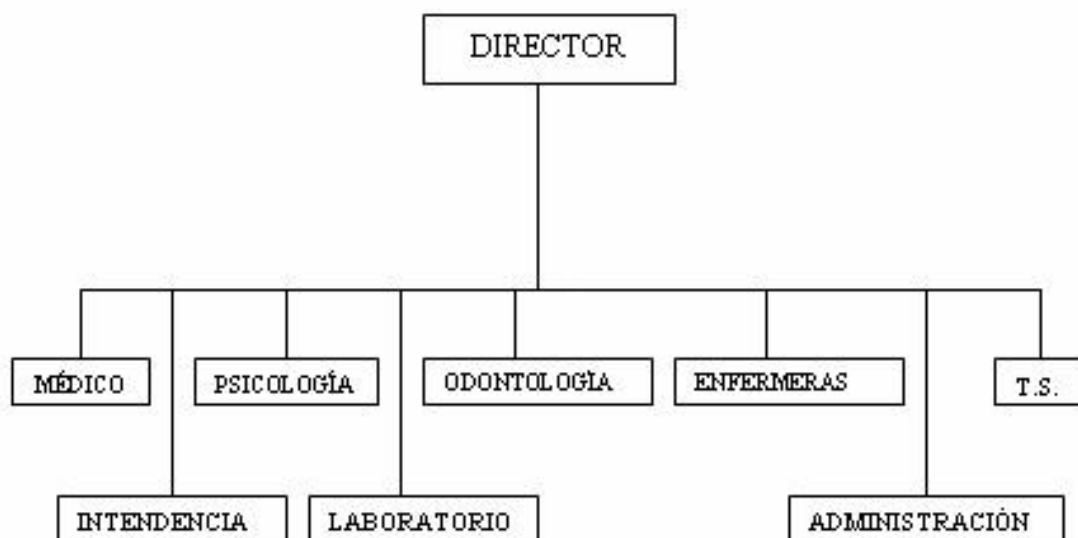
CENTRO DE SALUD RURAL CONCENTRADO DEL MUNICIPIO DE ZIMAPÁN, ESTADO DE HIDALGO.

3.1 ANTECEDENTES DEL CENTRO DE SALUD RURAL CONCENTRADO DEL MUNICIPIO DE ZIMAPÁN ESTADO DE HIDALGO

Este hospital fue construido por el club de Leones de esta ciudad con la cooperación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el año de 1958.

- Fue inaugurado siendo presidente de la república el C. Adolfo Ruiz Cortínez.
- Secretario de Salubridad y asistencia el C. DR. Ignacio Morones Prieto.
- Gobernador constitucional del estado el C. LIC. Alfonso Coronal del Rosal y
- El Presidente del club de Leones el C. Armando Martínez G.

3.2 ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD RURAL CONCENTRADO DEL MUNICIPIO DE ZIMAPÁN, ESTADO DE HIDALGO.



3.3 FUNCIONES DE CADA DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE SALUD RURAL CONCENTRADO DEL MUNICIPIO DE ZIMAPÁN, ESTADO DE HIDALGO.

En el Centro de Salud de Zimapán no existe un manual en donde se establezcan las funciones de cada uno de los departamentos, por lo cual se vio en la necesidad de hacerse una investigación, por medio del cual la Dra. Isabel Baños Villafuerte quien actualmente tiene el puesto de médico general en el hospital, fue quien dio a conocer la información acerca de las funciones y el objetivo de cada departamento que conforman el Centro de Salud de Zimapán.

DIRECTOR

Actualmente se cuenta con 1 director.

Funciones:

- Manejo en programas de Salud
- Supervisión del personal, esto con la finalidad de ver que el personal realice las actividades que les corresponden

Objetivo:

- Cubrir las metas indicadas por sus superiores y llevar a cabo los diferentes programas en coordinación con otras dependencias.

MÉDICOS

Existen 6 médicos y éstos se dividen en: 4 en Consulta Externa y 2 en Urgencias.

Funciones:

- Atención integral a los pacientes generales y de oportunidades.
- Llevar a cabo los diferentes programas, los cuales son:
 - 1) Diabetes Mellitus
 - 2) Hipertensión Arterial
 - 3) Salud Mental
 - 4) Control a niño sano
 - 5) Control de la embarazada
 - 6) Planificación Familiar
 - 7) Control de Obesidad

Objetivo:

Mantener el buen estado de Salud de los pacientes de acuerdo a las metas de los diferentes programas.

PSICOLOGÍA

Está compuesto por un modulo de salud mental el cual cuenta con 1 Psicólogo y 1 Enfermera General.

Funciones:

- Ver los casos de transtornos especiales, como probables sicóticos, depresión, baja autoestima, de conducta, epilepsia, retraso mental.

Objetivo:

-Llevar a cabo un buen control de los pacientes que requieren de éste servicio y ofrecerles una mejor calidad de vida con fármacos y terapias psicológicas a los pacientes.

ODONTOLOGÍA

Se cuenta con 1 dentista.

Funciones:

- Brindar atención a pacientes de acuerdo a su área que desempeña.
- Dar promoción de salud a los diferentes planteles educativos y a la población en general que lo requiera.

Objetivo:

- Realizar diferentes programas en las semanas nacionales de salud bucal, cumpliendo con las metas requeridas.

ENFERMERAS

Son 19 pero a subes se encuentran divididas en diferentes turnos: consulta externa, urgencias, enfermeras de campo y vacunas.

Funciones:

- Encargadas de la sometría de los pacientes
- Auxiliar al médico en Consultas
- Dar pláticas
- Realizar actividades foráneas al presentarse algún caso de vigilancia epidemiológica.
- Visitas domiciliarias.
- Brindan apoyo en las diferentes actividades que se realizan en el Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán Hidalgo.
- Participación en las diferentes Campañas de Salud.

Objetivo:

- Ayudar al paciente a recuperar su estado de salud, físico y emocionalmente.

TRABAJO SOCIAL

Hay 1 trabajador social.

Funciones:

- Visita a pacientes en hospital, para registrar datos; para dar orientación de distintos temas de salud referente al padecimiento.
- Referencia de pacientes a 2º. Y 3er. nivel a Ixmiquilpan los de primer nivel y de 3er. nivel a Pachuca y en México a los pacientes que requieren de mayor atención y de una sola especialidad.
- Visita Domiciliaria la cual se realiza para pacientes que requieren de algún seguimiento en su tratamiento.
- Pláticas educativas sobre distintos temas de salud en los diferentes planteles educativos de Zimapán.
- Aplicación de estudios socioeconómicos.
- Gestión de recursos con instituciones públicas, privadas y sociales.

- Coordinaciones con instituciones públicas, privadas y sociales esto por lo regular en campañas de salud.
- Organización de Campañas de Salud, como la promoción, coordinaciones y organización de eventos.
- Aplicación de encuestas a los pacientes para evaluar la calidad de la atención que se les brinda.
- Elaboración de material de promoción: periódicos murales, trípticos, recados escolares, volantes, etc.
- Orientación a pacientes y familiares sobre los servicios de salud.

Objetivo:

- Asesorar, apoyar, concienciar y sensibilizar al paciente en cuanto a los servicios de salud que se brindan dentro del CIRC. Zimapán y en hospitales de 2o. y 3er. nivel de atención, así como en medidas preventivas para la prevención de enfermedades.

LABORATORIO

1 Laboratorista

Funciones:

- Encargado de realizar los diferentes exámenes médicos que se soliciten a los pacientes.

Objetivo:

- Realizar exámenes y encargado de hacer detecciones como de tuberculosis y exámenes en las personas manejadoras de alimentos.

ADMINISTRACIÓN

Laboran en ésta área 7 personas.

Funciones:

- 1 persona con el cargo de Licenciada en Administración, la cual es la encargada de la Administración Financiera del Centro de Salud.
- 2 Archivistas las cuales se encargan de los expedientes de los pacientes.
- 1 Estadígrafa: se hace cargo de mantener a cabo día a día el reporte de consulta y las diferentes actividades que se realizan en el CIRC. Zimapán.
- 1 Almacenista encargada del control de medicamentos y distribución de papelería.
- 1 persona encargada de mantenimiento del buen funcionamiento del Centro de Salud.
- 1 Chofer el cual es el que se hace cargo de los traslados de pacientes o del mismo personal para realizar sus diferentes actividades en las localidades.

Objetivo:

- Cumplir cada persona con sus funciones para desarrollar un buen desempeño laboral y del hospital.

INTENDENCIA

Esta área se conforma por 3 intendentes, las cuales se encargan de realizar las actividades de limpieza del área administrativa, de hospital y lavandería.

3.4 OBJETIVO DEL CENTRO DE SALUD RURAL CONCENTRADO DEL MUNICIPIO DE ZIMAPÁN, ESTADO DE HIDALGO.

Aplicar diferentes programas prioritarios de salud dentro de las localidades de responsabilidad, en el marco de un primer nivel de atención; entre estas funciones se cuenta:

- Consulta Externa: Para el tratamiento de diversas enfermedades.
- Vacunación.
- Detecciones de Obesidad, Nutrición, Planificación Familiar, Diabetes, Hipertensión, Hipotiroidismo Congénito, Cáncer Cérvico Uterino y Mamario, Placa depitobacteriano, etc.
- Pláticas Educativas a la población.
- Llevar acabo eventos como desfiles de acuerdo a fechas conmemorativas.
- Ferias de la salud.
- Atención gratuita a beneficiarios del programa oportunidades.
- Referencia de casos que ameriten otro nivel de atención.

3.5 SERVICIOS QUE PRESTA EL CENTRO DE SALUD RURAL CONCENTRADO DEL MUNICIPIO DE ZIMAPÁN ESTADO DE HIDALGO

- Consulta Externa: atención a la población demandante
- Consulta Dental
- Consulta de Salud Mental
- Servicio de Urgencias
- Hospitalización con atención de partos
- Laboratorio
- Vacunación

CAPITULO IV

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS, EN EL CENTRO DE SALUD RURAL CONCENTRADO DEL MUNICIPIO DE ZIMAPÁN ESTADO DE HIDALGO.

4.1 FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

DEFINICION DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE SALUD: “Área de Intervención del Trabajo Social que aborda el proceso salud- enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria e integral; es decir, desde un enfoque biopsicosocial, objetivado en necesidades y problemas sociales, pugnando por una salud completa de los individuos, por lo que su accionar se orienta a la investigación socio médica, lo que permite conocer los aspectos que inciden en el proceso salud-enfermedad, la gestión y administración de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas, así como en acciones de educación y organización social a fin de que el paciente, la familia y la comunidad participe en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad”.²¹

²¹ Manual de Trabajo Social. Sánchez Rosado Manuel. Impreso en México 2004. Págs. 147-148.

“Entre algunas de las funciones y actividades relevantes se pueden destacar:

FUNCIONES	ACCIONES
INVESTIGACIÓN	* Identificar y caracterizar factores económicos, sociales y culturales que inciden en la frecuencia y distribución de la enfermedad.
	* Diseñar perfiles de los usuarios de los servicios de salud.
INVESTIGACIÓN	* Llevar a cabo investigación-evaluativa entorno a la calidad de los servicios médicos.
	* Participar con equipos multidisciplinarios en la elaboración diagnóstica de salud a nivel local, regional o nacional.
	* Detectar las causas y condiciones sociales que originan la falta de apego al tratamiento socio médico.
ADMINISTRACIÓN	* Propiciar la coordinación institucional con el fin de desarrollar programas de salud integrales.
ADMINISTRACIÓN	* Generar procesos y mecanismos de gestión social que permitan la obtención de recursos y requerimientos, así como la asesoría y orientación de los usuarios para el uso de los servicios médicos.
	• Pugnar por la eficacia y eficiencia de los servicios médicos.

EDUCACIÓN SOCIAL	* Desarrollar modelos preventivos de educación para la salud tanto a la población cautiva como a la población abierta.
EDUCACIÓN SOCIAL	* Llevar a cabo acciones de capacitación que permitan habilitar tanto al paciente como a la familia ante los requerimientos del tratamiento socio médico.
	* Valorar el otorgamiento de servicios a partir de estudios socioeconómicos y psicosociales.
	* Canalización de pacientes a otras instituciones médicas.
	* Proveer servicios de apoyo (ambulancias, agencias funerarias, medicamentos, aparatos, etc.) ⁿ²²

²² Perfil Profesional del Trabajo Social en el área de la Salud. Margarita Terán Trillo. Editorial ETNS-UNAM. Primera edición México. 1989. Pág. 35.

4.2 ESTUDIO DE CAMPO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL CENTRO DE SALUD RURAL CONCENTRADO DEL MUNICIPIO DE ZIMAPÁN, ESTADO DE HIDALGO.

En éste apartado se hará mención de los resultados obtenidos a través de un cuestionario Escala de Ansiedad de Hamilton, aplicado a los pacientes del Centro de Salud Rural Concentrado del municipio de Zimapán estado de Hidalgo, ubicado en Heroico Colegio Militar s/n.

“La escala de Hamilton para la Ansiedad (HRSA) es una escala de Hetero evaluación llevada a cabo por un observador externo), propuesta por Hamilton en el año 1959, que explora el área del estado de ansiedad (interrupción del continuum emocional que se expresa por medio de una sensación subjetiva de tensión, nerviosismo e inquietud y está asociado a la activación del sistema nervioso autónomo).

La HRSA representa el prototipo de escala constituida por categorías de síntomas mediante los cuales se explora la ansiedad, la tensión, los síntomas neuro vegetativos y los somáticos. Aunque esta escala contiene cuestiones relativas a los ataques de pánico, es utilizada con mayor frecuencia para la evaluación de la ansiedad generalizada.

El Dr. Max Hamilton publicó su escala para evaluar a la ansiedad entendida ésta como un síndrome, no como un síntoma. La escala consiste en dos incisos referentes cada uno a grupos de síntomas, junto con una variable que es el inciso 13 (conducta durante la entrevista).

De tal forma que la escala de ansiedad de Hamilton se diseñó de la siguiente forma: dando inicio con los datos personales del paciente como lo son: nombre, edad y fecha de aplicación de la escala; por consiguiente se encuentra dividido en 3 grupos:

Estado de ánimo el cual a su vez abarca lo que es tensión, temores, insomnio, intelecto; Estado de Ánimo Deprimido, el cual está conformado por: somático (muscular y sensorial), y por último Síntomas Cardiovasculares, Síntomas Respiratorios, Síntomas genitourinarios, Síntomas autonómicos y por último lo que respecta a Conducta en la entrevista.

La Escala de Ansiedad de Hamilton consta de 14 cuestiones, cada una con puntuación de 0 a 4, la evaluación se efectúa mediante una entrevista voluntaria, preguntando al paciente acerca de los síntomas aparecidos en la escala, al finalizar se hace la suma de todas las respuestas para sacar la suma y se va sacando la evaluación de acuerdo a la suma dada:

0 a 6 puntos = Ausente 7 a 20 puntos = Leve 21 a 34 puntos = Moderada
35 a 48 puntos = Severa Mayor de 49 puntos = Muy severa, altamente incapacitante".²³

²³ The assesment of anxiety states by rating. Hamilton M (1959). British Journal of Medical Psychology, 32:50-55.

Escala de Ansiedad de Hamilton

Adaptación al español para el manejo de pacientes con ansiedad en la consulta médica.

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Esta escala se puede utilizar en el caso de que el médico sospeche o haya hecho el diagnóstico de ansiedad. El médico deberá ser el entrevistador y preguntará de manera abierta, tratando de explorar cada uno de los incisos (de 7 días previos al momento de la consulta). Cuando se obtenga la respuesta del paciente, deberá calificarse el grado de intensidad de acuerdo a la siguiente escala, anotando el número correspondiente dentro del paréntesis.

0= Ausente
1= Leve
2= Moderado
3= Severo
4= Muy severo,
altamente incapacitante

Estado de ánimo

Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación miedosa, irritabilidad. ()

Tensión

Sensación de tensión, fatigabilidad, repuesta asustada, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud, incapacidad para relajarse. ()

Temores

De la obscuridad, de extraños, de estar solo, de animales, del tráfico, de multitudes. ()

Insomnio

Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido (roto), sueño insatisfactorio, fatiga al levantarse, sueños, pesadillas, terrores nocturnos ()

Intelecto

Dificultad en concentrarse, memoria pobre. ()

Estado de ánimo deprimido

Pérdida de interés, ausencia de placer en diversiones (hobbies), depresión, despertar temprano, variación diurna del afecto. ()

Somático (muscular y sensorial)

Dolores, punzadas, torceduras, rigidez, sacudidas mioclónicas, bruxismo, voz inestable, aumento del tono muscular, tinnitus, visión borrosa, oleadas de calor y de frío, sensación de debilidad, sensación de punzadas. ()

Síntomas cardiovasculares

Taquicardia, palpitaciones, dolor pectoral, palpitación de vasos, sensación de desmayo. ()

Síntomas respiratorios

Presión constrictora en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea. ()

Síntomas genitourinarios

Frecuencia de orinar, urgencia de orinar, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de apetito sexual (libido), impotencia. ()

Síntomas autonómicos

Boca seca, rubor, palidez, tendencia a la sudoración, vértigo, cefalea tensional, jalar los pelos. ()

Conducta en la entrevista

Impaciencia, inquietud o caminando de un lado al otro, temblor de manos, entresño arrugado, facies de tensión, suspiros o respiración rápida, palidez facial. ()

Aunque este instrumento es un auxiliar muy importante en el diagnóstico de su paciente ansioso, el criterio médico no debe basarse exclusivamente en el resultado obtenido en esta escala. Así mismo el tratamiento debe ser individualizado tomando en cuenta todos los factores necesarios en la clínica para precisar el diagnóstico.

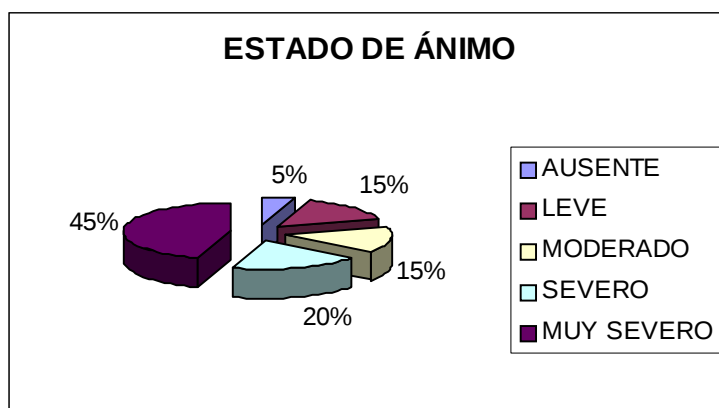
0 a 6 puntos = Ausente
7 a 20 puntos = Leve
21 a 34 puntos = Moderada
35 a 48 puntos = Severa
Mayor de 49 puntos = Muy severa, altamente incapacitante

*Esta clasificación de la severidad de la ansiedad se basa en el sistema de calificación que Hamilton estableció para cada uno de los reactivos

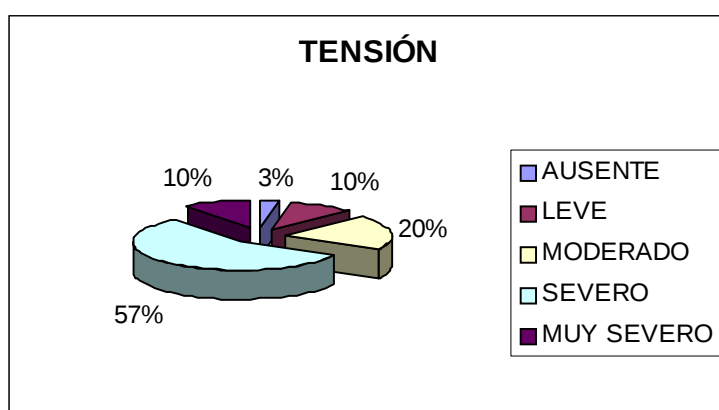
LOTE: ROX70051 CLAVE: 81337007

Clave: 81337007
Lote: ROX70051

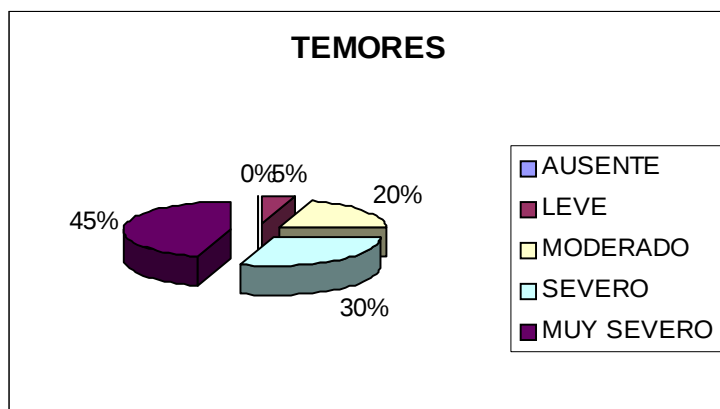
RESULTADOS OBTENIDOS DE ACUERDO A LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON



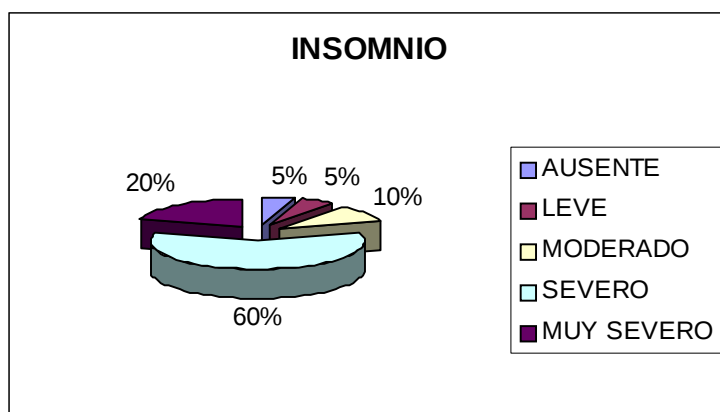
De los pacientes encuestados el 45% presenta un estado de ánimo severo y el 5% un estado de ánimo ausente.



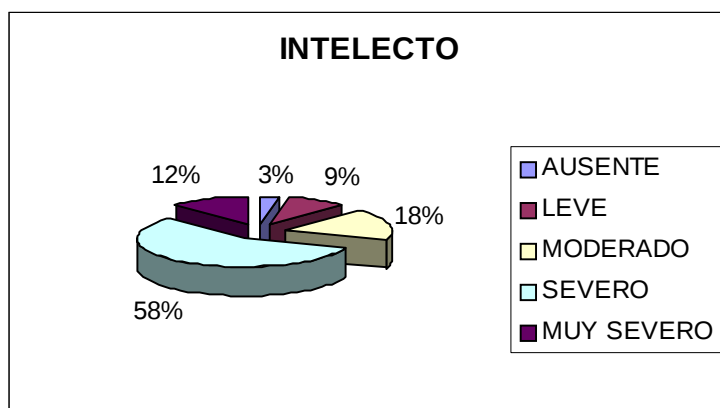
El 57% presenta tensión severa y el 3% ausente.



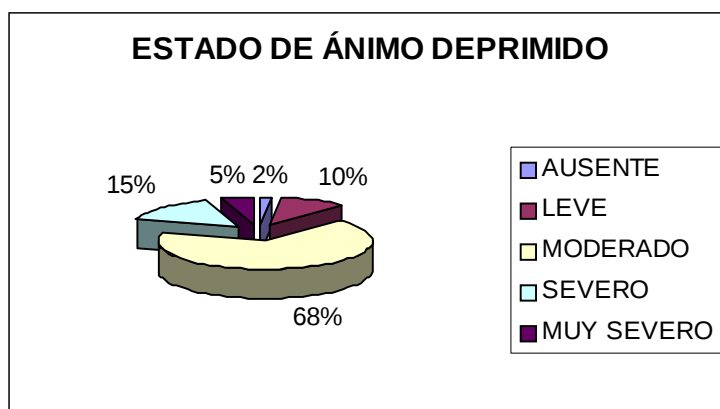
El 45% de los pacientes presentan temores severos.



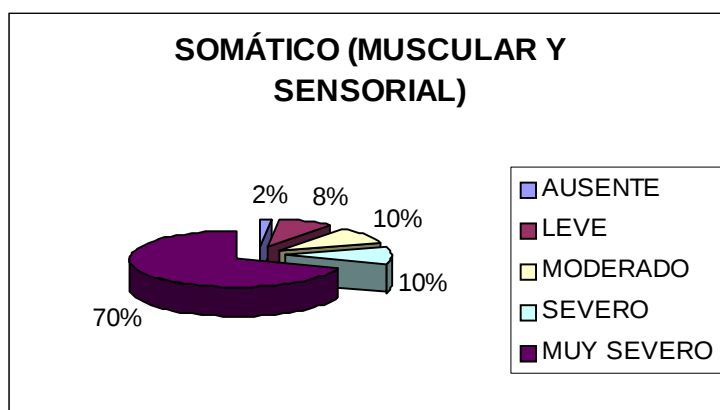
El 60% presentan insomnio severo y el 5% ausente y leve.



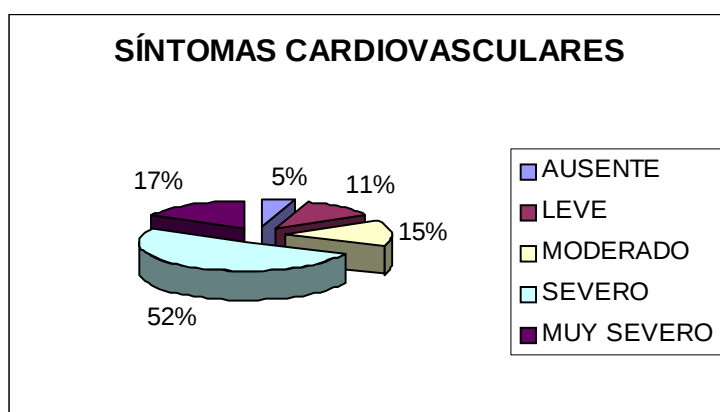
El 58% presenta intelecto severo y el 3% ausente.



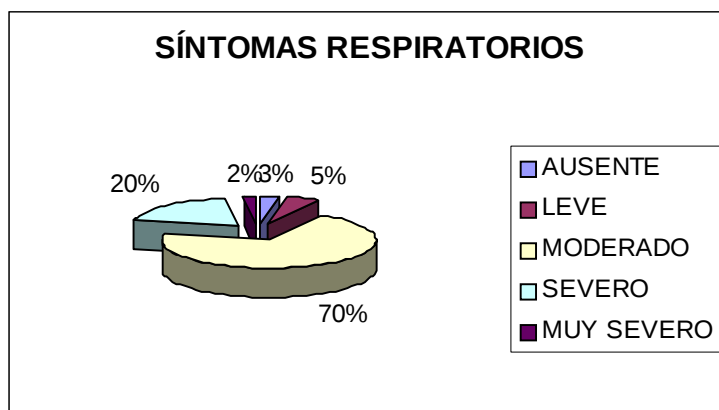
El 68% presenta un estado de ánimo moderado y el 2% ausente.



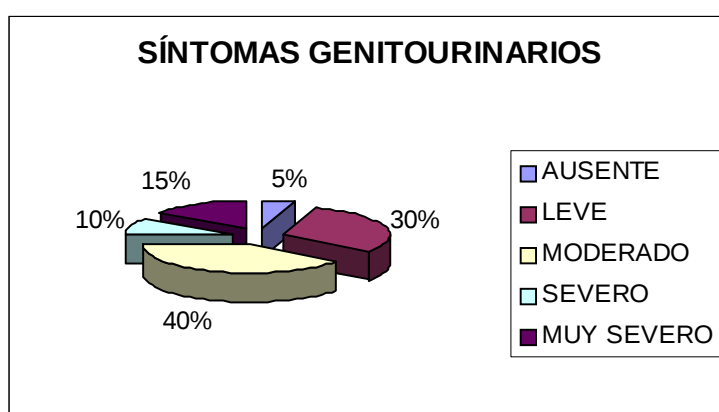
El 70% presenta un estado somático severo y el 2% ausente.



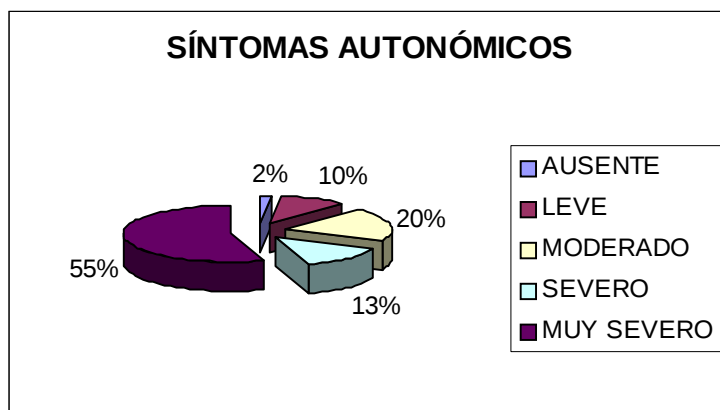
El 52% presentan síntomas cardiovasculares severos y el 5% ausente.



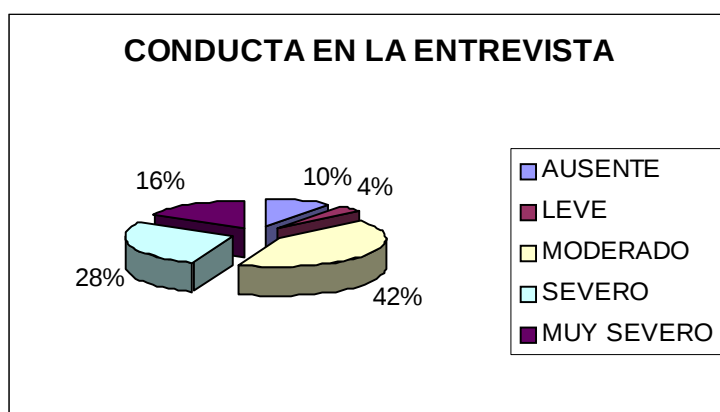
El 70% presentan síntomas respiratorios moderados y el 2% severo.



El 40% presentan síntomas genitourinarios moderados y el 5% ausente.



El 55% presentan síntomas autonómicos severo y el 2% ausente.



El 42% durante la entrevista su conducta fue moderado y el 4% leve.

INTERPRETACIÓN DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO APLICADO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DEL CENTRO DE SALUD RURAL CONCENTRADO DEL MUNICIPIO DE ZIMAPÁN, ESTADO DE HIDALGO.

El estudio socio económico fue aplicado a 37 pacientes con Diabetes Mellitus del Centro de Salud Rural Concentrado del municipio de Zimapán estado Hidalgo, esto con la finalidad de conocer en las condiciones en las que viven cada paciente, así como conocer su estado económico con el que cuentan debido a que la atención que se presta en el Centro de Salud, es gratuita a las personas que no cuentan con los recursos económicos elevados.

Por lo tanto a continuación se da a conocer el estudio socio económico aplicado, para después mostrar los resultados obtenidos.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO SOCIO – ECONÓMICO

I DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____ DOMICILIO: _____

II ESTRUCTURA FAMILIAR

No.	NOMBRE	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL	OCUPACIÓN	PARENTESCO

III SITUACIÓN ECONÓMICA

INGRESOS

PADRE: _____

MADRE: _____

HIJOS: _____

TOTAL: _____

EGRESOS

ALIMENTACIÓN: _____

EDUCACIÓN: _____

VIVIENDA: _____

SALUD: _____

SERV. PUBLICOS: _____

RECREACIÓN: _____

OTROS: _____

TOTAL: _____

IV CONDICIONES DE LA CASA HABITACIÓN

1.- ZONA DE UBICACIÓN

URBANA () SEMI URBANA () RURAL ()

2.- CONDICIONES DE LA CASA

PRESTADA () RENTADA () PROPIA () CUARTO REDONDO ()

3.- DISTRIBUCIÓN DE LA CASA

COCINA () COMEDOR () SALA () RECAMARAS () BAÑO ()

4.- MOBILIARIO

ESTUFA () CAMAS () SALA () COMEDOR () LIBRERO () CLOSET ()

No. DE APARATOS ELÉCTRICOS: _____

5.- SERVICIOS PUBLICOS

AGUA () LUZ () TELEFONO () ALUMBRADO PUBLICO ()

DRENAJE () ALCANTARILLADO () TRANSPORTE () CORREO ()

6.- TRATAMIENTO DE ESCRETAS

BAÑO COMPLETO () ½ BAÑO () LETRINA () AL RAZ DEL SUELO ()

7.-MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN

PISO: MOSAICO () LOZETA () CEMENTO () MADERA () TIERRA ()

PARED: TEBIQUE () BLOCK () ADOBE () MADERA ()

OTROS _____

TECHO: LOZA () LAMINA: CARTÓN () ACERO () FIBRA () TEJA ()
) OTROS ()

V ALIMENTACIÓN

1.- PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

GAS () PETRÓLEO () PARRILLA ELÉCTRICA () CARBÓN ()

2.- COMIDAS QUE SE PREPARAN AL DIA

DESAYUNO () ALMUERZO () COMIDA () CENA ()

3.- CUANTAS VECES A LA SEMANA SE CONSUMEN LOS SIGUIENTES ALIMENTOS:

CEREALES: TRIGO () MAIZ () AVENA () ARROZ ()

OTROS: _____

TUBERCULOS: PAPA () CAMOTE ()

OTROS: _____

LEGUMINOSAS: FRIJOL () LENTEJA () SOYA () HABA ()
GARBANZO ()

VERDURAS: BRÓCOLI () ZANAHORIA () CHAYOTE ()

CALABACITAS () JITOMATE () LECHUGA () PEPINO () TOMATE ()

ESPINACAS () ACELGAS () COLIFLOR () NOPALES () EJOTES ()

OTROS: _____

CARNE Y SUSTITUTOS: POLLO () PESCADO () C. DE PUERCO ()

JAMÓN () C. DE RES () LECHE () HUEVO () QUESO ()

SALCHICHAS ()

FRUTAS: CIRUELA () GUAYABA () NARANJA () MANDARINA ()

LIMÓN () MANZANA () PERA () PLÁTANO () PAPAYA () MANGO ()

JÍCAMA ()

REFRESCO () AGUA DE SABOR () AGUA NATURAL ()

VI SITUACIÓN CULTURAL

1.- CUAL ES SU PASATIEMPO FAVORITO

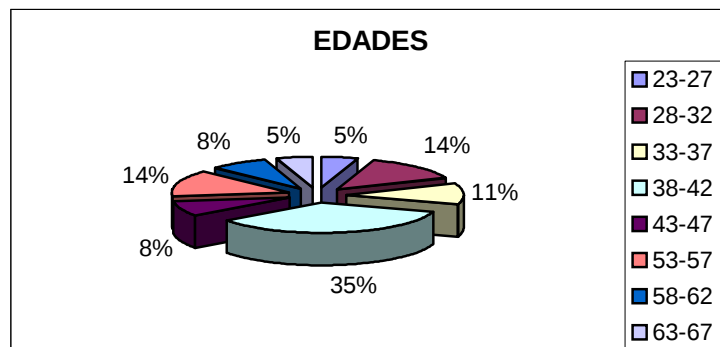
LEER () VER LA T. V. () CAMINAR () OIR MUSICA () ESCRIBIR ()

HACER EJERCICIO ()

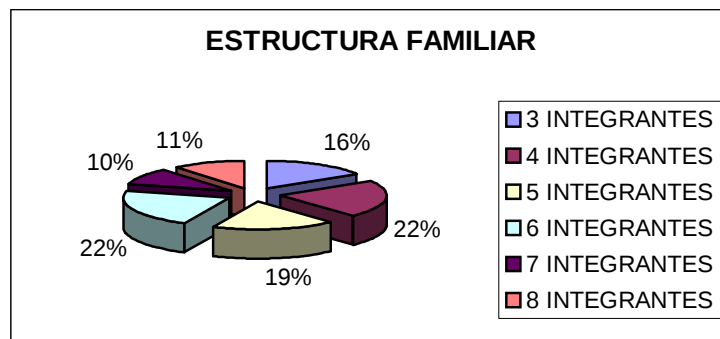
VII DIAGNÓSTICO

VIII PLAN SOCIAL

RESULTADOS OBTENIDOS DE ACUERDO AL ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO APLICADO

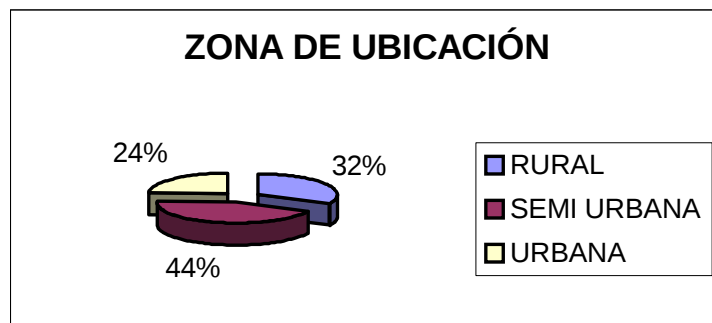


La edad que fluctúa entre los pacientes es entre 38 y 42 con el 35%.

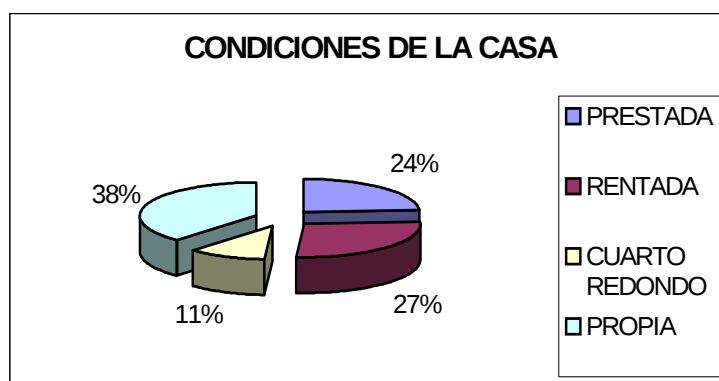


Encontramos que las familias están integradas por 6 y 7 miembros con el 22%.

Cabe hacer mención que en mayoría de los pacientes a los cuales se les aplicó el estudio socio económico presentan una situación económica baja, por lo cual recurren al Centro de Salud Rural Concentrado del municipio de Zimapán del estado de Hidalgo, debido a que no cuentan con los recursos necesarios para atenderse en forma particular.

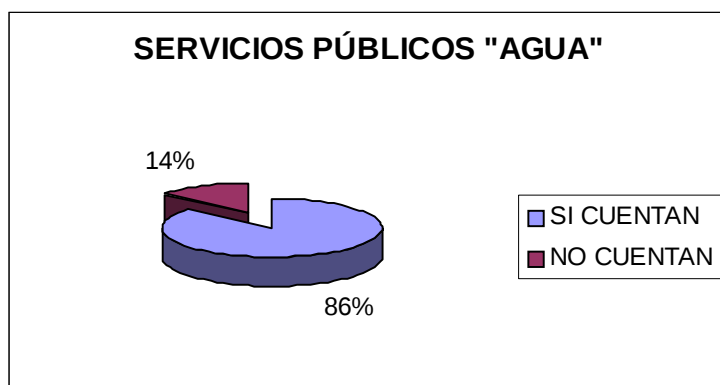


El 44% de los pacientes viven en zonas semi urbana.



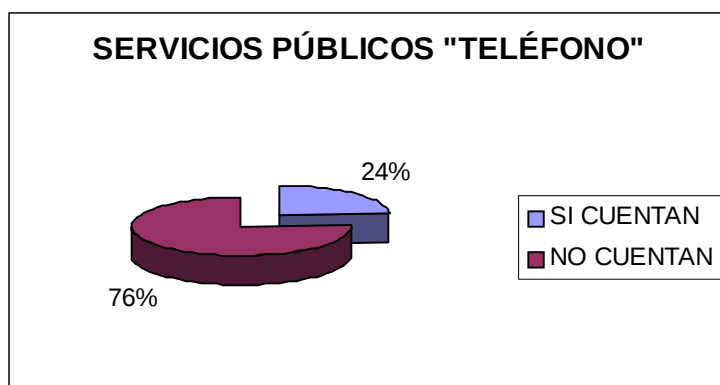
El 38% viven en casa propia.

En lo que corresponde a la distribución de la casa de los pacientes cuentan con el mobiliario indispensable para vivir adecuadamente.

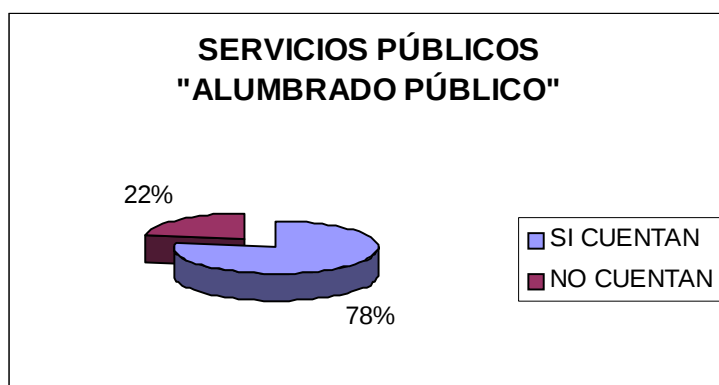


El 86% cuentan con servicio de Agua.

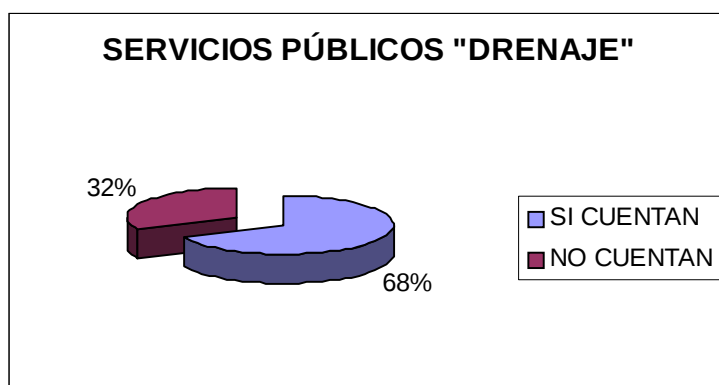
Todas las casas habitación cuentan con el servicio de luz eléctrica.



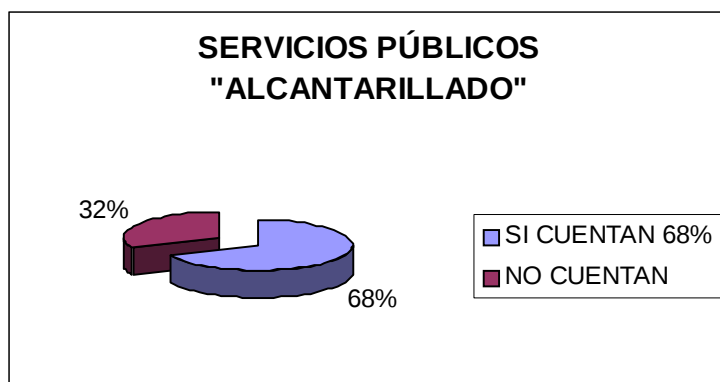
El 76% no cuentan con servicio telefónico.



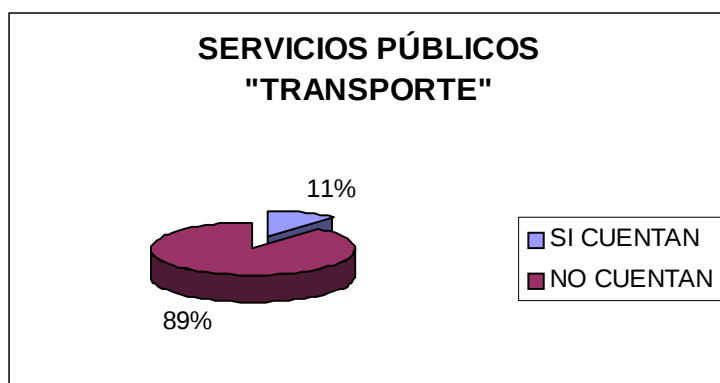
El 78% cuentan con alumbrado publico.



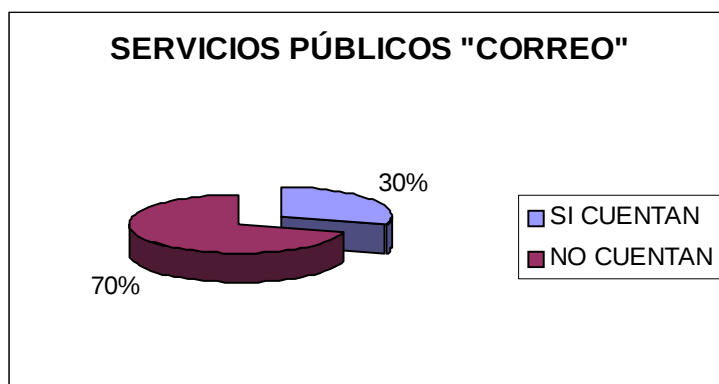
El 68% cuentan con servicio de drenaje.



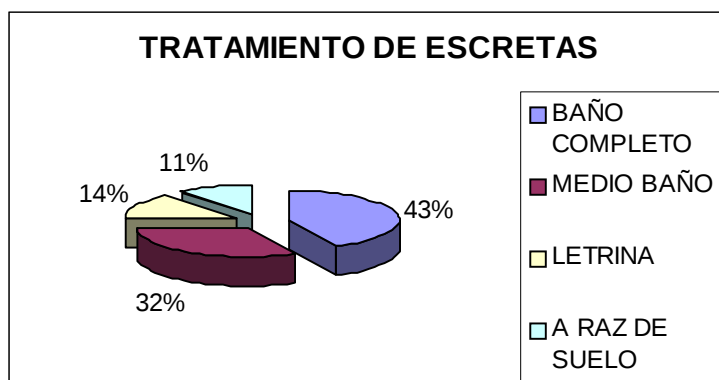
El 68% cuentan con servicio de alcantarillado.



El 89% no cuentan con servicio de transporte.



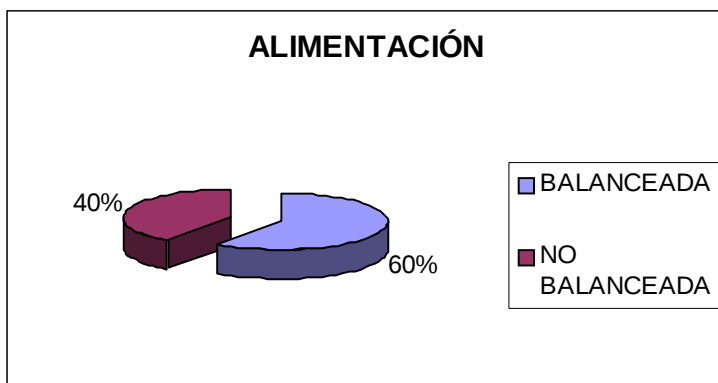
El 70% no cuentan con servicio de correo.



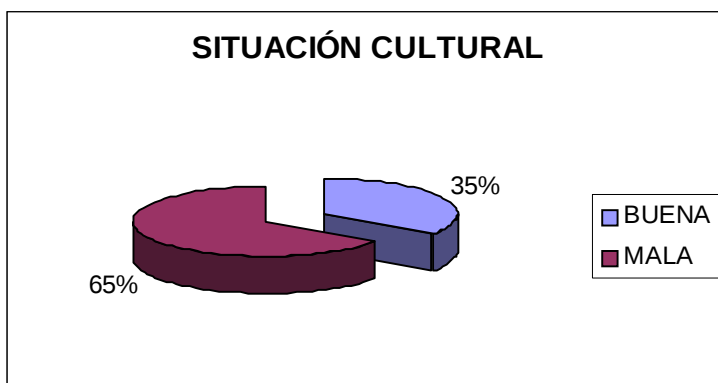
El 43% cuentan con baño completo.

Las casas habitación en su mayoría están construidas con piso de cemento, paredes de bloque y techo de loza.

Para la preparación de sus alimentos utilizan gas, realizado tres comidas al día.



El 60% tienen una alimentación balanceada.



Dentro de la situación cultural el 65% es mala, debido a que no tienen hábitos de lectura adecuados.

4.3 METODOLOGÍA APLICADA EN EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

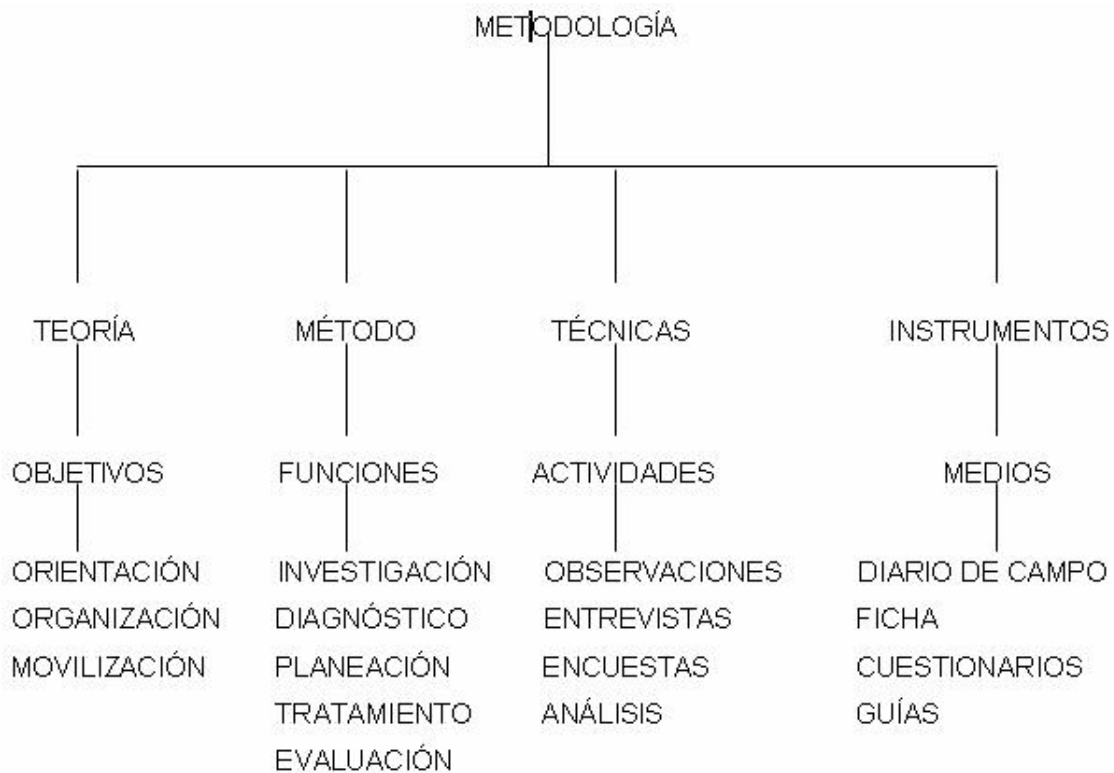
De acuerdo con la autora Yolanda Contreras de W. en su libro de trabajo social de grupos señala la siguiente metodología con que se realiza este nivel de intervención, y es el siguiente:

“En la aplicación de la metodología es necesario conocer el objeto de intervención que en éste caso es el espacio que se genera en el tránsito entre la necesidad y la satisfacción, es decir entre la demanda de la población (individual, grupal o colectiva) y el servicio que otorga la institución (políticas, programas y proyectos); así como los objetivos de la intervención que son:

ORIENTACIÓN: todos aquellos contenidos informativos y formativos transmitidos a la población y que son necesarios para enfrentar a la necesidad planteada. Aquí se ubican las funciones de educación, concientización, capacitación y reflexión;

ORGANIZACIÓN: Son las formas de agrupación social que el hombre es capaz de realizar y que es necesario desarrollar con la población para dar solución a la demanda que plantea, o bien para enfrentar la problemática que le afecta; y

MOVILIZACIÓN: Son las tareas y acciones de carácter amplio que la población debe desarrollar para enfrentar su necesidad y buscarle solución.



Para corresponder a la metodología es necesaria la aplicación de un proceso en cualquiera de los niveles de intervención:

- 1) Investigación
- 2) Diagnóstico
- 3) Planeación
- 4) Ejecución
- 5) Evaluación"²⁴

²⁴ Trabajo Social de Grupos, Yolanda Contreras de W. Editorial Pax, Sexta edición México 1989, Págs. 15-21.

1) INVESTIGACIÓN

El trabajador social se ve en la necesidad de apoyarse en el proceso de la investigación, con la finalidad de analizar una problemática en su esencia, forma y contenido y que nos facilite la comprensión y explicación de los fenómenos sociales tanto en el aspecto social como económico, político y cultural.

La Investigación es un proceso a través del cual se reflexiona, sistematiza, controla, analiza y critica la información de los datos obtenidos, lo que viene a proporcionar un conocimiento nuevo respecto al fenómeno de estudio.

Para la obtención de datos de dichos cuestionarios se aplicaron 37 estudios socioeconómicos y 40 de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

Para el proceso de investigación se utilizaron técnicas como: la observación, entrevista, motivación, sensibilización y concientización.

“Según Abraham Kaplan la observación es un procedimiento de recopilación de datos e información que consiste en utilizar los sentidos para observar hechos y realidades sociales presentes y a la gente en el contexto real en donde desarrollan normalmente sus actividades”²⁵

Esta técnica es de gran importancia en el proceso de la formación del grupo debido a que es una de las formas en las que podemos conocer el comportamiento y estado de ánimo de los pacientes.

²⁵ Técnicas de Investigación Social, Ander Egg Ezequiel, Págs. 197,227.

“La entrevista consiste en una conversación entre dos personas por lo menos en la cual uno es el entrevistador y otro u otros son los entrevistados; éstas personas dialogan con arreglo a ciertos esquemas o pautas acerca de un problema o cuestión determinada, teniendo un propósito profesional. Como técnica de recopilación de datos va desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre; en ambos casos se recurre a una guía o pauta que puede ser un formulario o un esquema de cuestiones que han de orientar la conversación”.²⁶

Para llevar a cabo ésta investigación se utilizó la entrevista no dirigida la cual consiste en que el informante tiene completa libertad para expresar sus sentimientos y opiniones, el encuestador tiene que animar a hablar de un determinado tema y orientarlo.

La Motivación se trata de los factores internos y externos que intervienen en la elaboración de una intención, dando motivo, razón adecuada, estímulo suficiente y energía necesaria para inducir una acción deliberada y voluntaria, encaminada a satisfacer alguna actividad individual o social.

En lo que respecta a la sensibilización tienen por finalidad hacer toma de conciencia del problema que afecta al individuo, grupo o sociedad y a través de la misma él realice cambios para su beneficio.

La Concientización es la toma de conciencia del valor y dignidad del hombre, en el sentido de lo humano de su vocación de ser. Esto implica que el hombre se ubique en alguna medida, que encuentre la motivación y el impulso para actuar integrándose en la sociedad como sujeto.

²⁶ Ídem. Ander Egg P. 229.

2) DIAGNÓSTICO

“Día (a través), gnosis (conocer). Se trata de un “conocer a través”, de un “conocer por medio”, De ahí que, a modo de síntesis puede decirse que el diagnóstico es la conclusión del estudio o investigación de una realidad, expresada en un juicio comparativo sobre una situación dada”.²⁷

El estudio se llevo a cabo en el Centro de Salud, aplicándose entrevistas a 37 pacientes lo cual nos permitió conocer la siguiente información:

- * Estudio socio económico y
- * Estado de depresión de los pacientes.

Una vez obtenida la información se continuó con el análisis de los resultados, los cuales son:

La edad que fluctúa de los pacientes con Diabetes Mellitus es de 38 a 42 años de edad, los pacientes viven en familias de 3 a 8 miembros, lo que quiere decir que son familias numerosas.

La mayoría de las familias cuentan con vivienda propia en zonas semi urbanas y con algunos servicios públicos, como agua, alumbrado público, drenaje y alcantarillado.

En lo que respecta a su alimentación no es la adecuada debido a que no es balanceada en su gran mayoría.

En su totalidad no conocen las consecuencias de lo que puede traer consigo el no cuidarse y controlarse a tiempo la enfermedad.

²⁷ Metodología y Práctica del desarrollo de comunidad. Edición el Ateneo. P. 187.

Se puede decir que en lo respecta al paciente y su familia existe un descuido por parte los familiares, respecto a su alimentación, estado de ánimo y control de la Diabetes Mellitus.

3) PLANEACIÓN

“Etimológicamente significa la acción de escribir por adelantado, en su sentido más simple consiste en decir anticipadamente lo que hay que hacer. Se trata de prever un futuro deseable y señalar los medios para alcanzarlo.

4) EJECUCIÓN

Consiste en realizar hacer o ejecutar lo que se ha establecido en la planificación sobre la base de los resultados en investigación. No es mucho lo que se puede decir sobre este punto: se trata de hacer. Y “el saber hacer” es una aptitud que se logra...haciendo” ²⁸

Al llevar acabo las pláticas informativas y educativas con los pacientes se tuvo el siguiente resultado:

- Se les dio a conocer información acerca de la Diabetes Mellitus, logrando con esto un 95% de participación por parte de los pacientes.
- Se concientizó a los mismos para que en un futuro no muy lejano tomaran conciencia acerca de lo importante y de los beneficios que trae consigo el cuidarse a tiempo y controlar su enfermedad.
- Se les orientó a acerca de la Diabetes Mellitus, incluyendo los temas referentes a: Causas, Consecuencias, Como detectarla a tiempo, el control que se debe de llevar, así como lo referente a la Adherencia al tratamiento, en donde se logró un 90% de participación logrando así entre los integrantes un ambiente favorable y dinámico, con esto se cumplió con uno de los objetivos propuestos.

²⁸ Op-Cit Contreras P. 46.

Se aclararon las dudas que existían por parte de los pacientes, ellos preguntaban y el personal encargado de impartir las pláticas respondían o en algunas ocasiones los mismos compañeros que conformaban el grupo contestaban, a su vez cuando respondían éstos erróneamente el trabajador social retro alimentaba nuevamente para que quedara aclarada su duda.

Algunas de las preguntas que realizaron los pacientes eran ¿Qué es la Diabetes Mellitus?, ¿Por qué da?, ¿Cuáles son las complicaciones?, ¿Qué nos puede pasar?

5) EVALUACIÓN

“Proceso crítico referido a acciones con la finalidad de constatar en términos de aprobación o desaprobación, los procesos alcanzados en el plan propuesto y hacer en consecuencia las modificaciones necesarias respecto a las actividades futuras”.²⁹

Mediante la investigación realizada por parte del Trabajador Social en el Centro de Salud, se recabo la información de que existe un gran número de personas que acuden a ésta institución debido al padecimiento de la Diabetes Mellitus, de tal forma que se comento con el Trabajos Social de la misma institución de lo importante que sería formar un grupo con éstos pacientes a fin de darles a conocer información, acerca de la Diabetes Mellitus, así mismo como hacer concientización en ellos para que lleven un control adecuado para lo cual se contó con los pacientes, dando por hecho la formación del grupo.

Se alcanzaron las metas establecidas con la formación del grupo debido a que se les impartieron sesiones educativas, con la finalidad de darles a conocer:

²⁹ Ídem. Contreras. Pág.50.

1. Definición de diabetes Mellitus

- Autoestima y relación con la enfermedad.

2. Complicaciones agudas y Crónicas de la Diabetes Mellitus no controlada

- Tristeza y Depresión

3. Tratamiento Farmacológico y no farmacológico de la Diabetes Mellitus

- Ansiedad y Culpa

4. Importancia de los factores de riesgo para el tratamiento

Paz y el manejo de estrés

Expectativas a futuro y recursos con los que cuenta el paciente y alternativas de solución.

5. Médicos e instituciones a las que puede recurrir tanto el paciente como su familia para apoyo moral y atención médica.

6. Plan de alimentación para el paciente.

7. Cierre y evaluación del grupo.

Al término de cada sesión se les realizaban preguntas a los pacientes con la finalidad de evaluarlos y al término de todas se realizó una retroalimentación para corroborar que no hubiesen dudas, logrando con esto un 100% del objetivo planteado.

4.4 INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL MANEJO DE GRUPO

Debido a los resultados obtenidos en la escala de ansiedad de Hamilton y al estudio socio económico, en donde se pudo observar que el estado de depresión, en la mayoría de los pacientes es elevado y los recursos económicos bajos, por lo cual se establece que es de gran importancia formar un grupo, ya que las características de las personas son similares entre sí.

“Definición de Trabajo Social de Grupo: Es un método de educación socializante, en el que se refuerzan los valores del individuo, ubicándolo en la realidad social que lo rodea para promover su cooperación y responsabilidad en una acción integradora en el proceso de desarrollo.

Por una acción organizada con fines educativos, proyecta al ser humano por medio de la participación grupal, proporcionándole el agrado de sentirse miembro de una sociedad a la cual pertenece y respeta y con la que va a contribuir para alcanzar mejores niveles de vida. Su función se fundamenta en medios correctivos, preventivos, rehabilitatorios y promocionales.

Antes de iniciar la vida del grupo se presenta un período de planeación que puede ser el siguiente:

- 1) La “idea” de la formación
- 2) Motivos que la sugieren
- 3) Investigación del material humano que lo conformará y de su medio ambiente.
- 4) Objetivos Concretos
- 5) Recursos materiales, económicos, humanos e institucionales
- 6) Duración
- 7) Sistema de evaluación y retroalimentación”³⁰

³⁰ Op Cit. Contreras. P. 15.

1) La "Idea" de la formación

Se inicia en un Centro de Salud Rural Concentrado, ubicado en Heroico Colegio Militar S/n, en el municipio de Zimapán, en donde la pasante de Trabajo Social, quien después de haber culminado su servicio social en el mismo, concibe la idea de formar un grupo con los pacientes que tienen la enfermedad de Diabetes Mellitus. Esto lo dialoga con el Trabajador Social, el Director y el personal especializado en ésta área, quienes están de acuerdo con ello y dispuestos a cooperar.

2) Motivos que la sugieren

Los pacientes con diabetes Mellitus fluctúan entre los 35 y 40 años de edad, son personas a las que se les diagnóstico Diabetes Mellitus y a consecuencia de esto presentan su autoestima baja y un estado de depresión, debido a que no aceptan su enfermedad y algunos de los pacientes no quieren llevar a cabo su dieta, realizar ejercicio o tomarse su medicamento como debe de ser lo cual hace que su estado físico empeore y presenten complicaciones a una temprana edad, éstos pacientes en su mayoría son originarios de comunidades que integran el municipio, su nivel educacional es el mínimo y en algunos casos son analfabetas, y sus condiciones de vida precarias.

Los motivos que originaron la formación del grupo fueron el dar continuación a los pacientes en el aspecto emocional, así como observar su control médico. Debido a su edad, éstos pacientes presentan problemas de adaptación y sociabilidad. Otro aspecto es que el tratamiento de medicamentos es de por vida y muchos de ellos carecen de recursos para obtenerlos.

3) Investigación del material humano que lo conformará y de su medio ambiente.

El Trabajador Social realizó todo un estudio de las características de los pacientes y del medio ambiente del que procedían. Lo anterior permitió señalar algunos temas para el programa; como la alimentación, autoestima, depresión y tristeza.

4) Objetivos concretos

1. Controlar el grupo de pacientes con diabetes Mellitus a través de un seguimiento que permita al equipo tratante mejorar la atención a ellos y prevenir consecuencias graves.

2. Orientar adecuadamente a los pacientes para que se incorporen a una vida normal, a través de un intercambio de valores espirituales, morales, culturales y sociales que se presenten en sus compañeros y en la comunidad a la que pertenecen.

3. Impulsar y enriquecer el crecimiento, desarrollo y promoción humana a través de una capacitación de los miembros del grupo para participar efectiva y concientemente en su vida social.

5) Recursos Materiales, Económicos, Humanos e Institucionales.

Recursos Materiales: se contó con material didáctico de rota folios, papel bond para realizar laminas, lápices, hojas blancas.

Recursos Económicos: Estos no se requirieron puesto que el Centro de Salud aportó todo lo necesario.

Recursos Humanos fueron: 1 médico, 1 enfermera especializada en Diabetes Mellitus, 1 Trabajador Social, 1 Psicólogo.

Recursos Institucionales: para llevar a cabo las sesiones se contó con una aula la cual fue prestada por el Centro de Salud.

6) Duración

Fue señalada inicialmente para 1 mes.

7) Sistema de evaluación y retroalimentación

Sé previo a evaluar al grupo cada sesión y a los participantes individualmente, midiendo interacción grupal, espíritu grupal, etc.

4.5 FORMACIÓN DEL GRUPO

***Nombre del grupo**

Azúcar

***Objetivos**

La intención de formar éste grupo tiene como finalidad el cumplir con dos objetivos; los institucionales y los que mueven al grupo a su asociación.

Los objetivos institucionales son los que realizará el líder profesional en base a la problemática de salud, observada en éste Centro de salud (pacientes con Diabetes Mellitus que presentan depresión); educación para la salud y los objetivos de los miembros del grupo que constituyen su aprendizaje.

***Tipo de grupo**

Voluntario y terapéutico

Se considera voluntario ya que su concurrencia es libre y voluntaria y la relación que se da entre sus miembros, se presta a colaborar en una actividad educativa para todos; en una asociación terapéutica porque sus miembros presentan similitud en el problema que les afecta, depresión a consecuencia de la Diabetes Mellitus y la finalidad del Trabajador Social en éste caso el que funge como líder profesional es la de educar y orientar por medio de pláticas, sobre la forma de prevenir y manejar éste problema, así como el tipo de alimentación que se debe de ingerir.

***Características del grupo**

Por lo que respecta a la permanencia y continuidad, se pretende que se dé en el grupo, ya que sus sesiones a realizar se desarrollan en un lapso de tiempo de un mes con una reunión semanalmente; de tal manera que éstas características se darán con un buen desarrollo grupal.

A la formación de éste grupo con intereses comunes, personales, psicológicos y educativos; se pretende designar responsabilidades entre sus miembros aprovechando sus características de personalidad para que en su interacción se sientan parte de éste, así como también estará abierto para recibir otros miembros que se interesen en ingresar.

Se pretende que el desarrollo de éste grupo, con su convivencia e interacción así como el hecho de conocer el sentir y actuar de cada miembro, avivará la solidaridad y apoyo mutuo, surgiendo de ésta manera un pensar y sentir grupal, como la suma de un todo que equivale al espíritu de grupo, que los llevará a disfrutar de sus interrelaciones que surjan entre sus miembros.

***Tipo de estructura de comunicación**

Como grupo voluntario y terapéutico manejado por un trabajador Social, su estructura deberá ser participativa, ya que sus miembros actuarán en conjunto para lograr su interacción; el líder profesional primeramente distribuirá funciones, las cuales serán desarrolladas por todos sus integrantes.

***Causas por las que se agruparon los miembros del grupo.**

Este grupo fue motivado a causa de ver que en el centro de Salud Zimapán, acuden muchos pacientes con diabetes Mellitus, los cuales se encuentran con un elevado grado de depresión.

De ésta manera es como surge la idea de formarlo con la finalidad de orientar a los miembros para que conozcan de la enfermedad y puedan controlarse como es debido y de ésta forma lograr un mejor estado de vida.

“ETAPAS DE LA VIDA DE UN GRUPO

1. Etapa de formación
2. Etapa de Organización
3. Etapa Integración

Aunque cada una de ellas tiene sus propias condiciones básicas y sus procedimientos, la aplicación varía de acuerdo al tipo de grupo que se maneja; por ejemplo, no se sigue el mismo sistema para formar un grupo en una institución que para un barrio o comunidad.

1. ETAPA DE FORMACIÓN

Es el nacimiento del grupo. En ésta etapa el líder profesional identifica los intereses comunes que poseen un conjunto de personas y las ayuda a asociarse. A veces, la formación es natural, o sea la gente se agrupa espontáneamente; en otras corresponde a un técnico hacerlo”.³¹

Procedimientos:

1. Motivación de la asociación: son las acciones dirigidas a despertar el interés por agruparse. En éste caso los pacientes acuden a la consulta externa y el médico les indica que al término de ésta pasen al departamento de trabajo social, en donde el líder profesional los motiva para que participen en las sesiones que se impartirán en el aula del Centro de Salud, de tal forma que se van llenando las respectivas fichas de inscripción.

³¹ Ídem. Contreras. P. 43.

Las cuales servirán para la formación del grupo y a su vez con la realización de carteles los cuales se publicaron en el Centro de Salud con la finalidad de que los pacientes se interesaran en formar parte del grupo.

A continuación se presenta un ejemplo de los carteles que se publicaron:

Te sientes deprimido, triste, que nadie te comprende, pues de hoy en adelante puedes formar parte de un grupo de ayuda mutua en el cual te orientaremos para que te informes más acerca de lo que es la Diabetes Mellitus y de ésta forma puedas darte cuenta de las alternativas con las que cuentas para poder vivir con ella.

"ANÍMATE TE ESTAMOS ESPERANDO PARA QUE FORMES PARTE DE UN GRAN GRUPO, PUEDES TRAER TU FAMILIA, EN EL QUE TODOS TE APOYAREMOS PARA QUE PUEDAS SALIR ADELANTE, INICIAMOS EL 21 DE JULIO, NO FALTES INSCRÍBETE Y NOTARÁS LA DIFERENCIA"

Para mayor información acude al
departamento de Trabajo Social
del Centro de Salud.

2. Inscripción de las personas al grupo.

Esta se puede realizar anticipadamente en el departamento de trabajo social o también se puede llevar a cabo en la primer reunión, ya sea al inicio o al termino de ésta, solicitando a los integrantes sus datos personales como lo son: nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, número telefónico y de ésta forma es como se va llenando la ficha de inscripción, para que a su vez con las fichas se pueda llevar a cabo un adecuado orden y control del grupo.

Se retoma la ficha de acuerdo al libro Trabajo Social de Grupos creado por Yolanda Contreras de W., la cual será llenada por el P.T.S. o por el Trabajador Social del Centro de Salud.

“Ejemplo de la Ficha de Inscripción:

Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán

Grupo: Azúcar

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Estudios realizados: _____

Ocupación: _____ Horario Seleccionado: _____

Día: _____

Profesor: _____ ^{»32}

La selección del grupo es de acuerdo a:

a) Interés Común: a la realización de una encuesta que se realizó a 37 pacientes, fue como se conoce que no tienen conocimiento de lo que es la Diabetes Mellitus, por lo tanto al informales de lo que se va a dar a conocer en las sesiones, éstos se interesan por conocer todo acerca de la Diabetes Mellitus y así aclarar sus dudas.

b) Tiempo Libre: a la aplicación de la entrevista para registrar las inscripciones, la mayoría coinciden en realizar las sesiones de éste grupo en un horario de 1 a 2 de la tarde los días martes, en virtud de que es su tiempo libre.

³² Ídem. Contreras. P. 46.

c) Número de miembros:

37 pacientes con Diabetes Mellitus

d) Edad: en lo que corresponde a éste rubro, las edades fluctúan entre los 35 y 40 años de edad, de lo que se deduce que a la dinámica e interacción de los mismos, habrá un enriquecimiento en cuanto a madurez y experiencia.

e) Sexo: Considerando que la mayoría de los hombres trabajan, se les facilita acudir más a sus esposas por lo que se inscribieron únicamente mujeres de las cuales son esposas de hombres diabéticos.

f) Nivel Cultural: en lo que corresponde a éste aspecto la mayoría de las personas saben leer y escribir.

3. Condiciones que aseguran la duración y continuidad del grupo.

Respecto a la duración será de 1 mes y se estableció que iniciará a la 1 y culminará a las 2 de la tarde, cabe hacer mención que a las pláticas acuden un 90% de los pacientes.

Para llevar a cabo un buen control y orden del grupo se realizó una lista de asistencia así como las crónicas de cada una de las sesiones.

LISTA DE ASISTENCIA

NOMBRES	SESIONES						
	1 ^a .	2 ^a .	3 ^a .	4 ^a .	5 ^a .	6 ^a .	7 ^a .
	07 JUNIO	14 JUNIO	21 JUNIO	28 JUNIO	05 JULIO	12 JULIO	19 JULIO
01 ALVAREZ VEGA SILVIA	.	.	.	/	.	.	.
02 CASTRO MENDOZA MIRIAM	.	.	.	.	.	.	.
03 CONTRERAS RAMÍREZ ALEJANDRA	.	/	.	/	.	.	.
04 CORONA RUBIO VERTHA	.	.	.	/	.	.	.
05 CRUZ RAFAELA	.	.	.	.	.	.	.
06 CHAVEZ ANGELES MA. ESTHER	.	.	.	.	/	.	.
07 CHAVEZ MUÑOZ LORENA	/	/	/	.	.	.	.
08 CHAVEZ RESÉNDIZ MANUELA	/	.	.	.	.	.	.
09 CHORA MONROY MARIA	.	.	.	.	.	.	.
10 DAVILA MARTÍNEZ MA. DE LA LUZ	.	.	.	.	.	.	.
11 DELGADO CANTERO ANGELICA	.	.	.	/	.	.	.
12 FRANCO CRUZ VICTORINA	.	.	.	.	.	.	.
13 GONZALEZ HERNÁNDEZ ANTONIA	.	.	/	/	.	.	.
14 HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ ASUNCIÓN	/	.	/	/	/	/	/
15 LARA LÓPEZ MARTHA	/	.	.	.	.	.	.
16 LUGO MARTÍNEZ JOVITA	/	.	.	.	/	.	.
17 MARTÍNEZ FRANCO CORNELIA	/	/	.	/	/	.	.
18 MARTÍNEZ MARTÍNEZ MA. JUANITA	/	/	/	.	.	.	.
19 OLGUÍN MARTÍNEZ ROSA MARÍA	.	.	.	.	.	.	.
20 OLGUÍN VEGA JUANA	.	.	.	.	/	.	.
21 RAMÍREZ RAMÍREZ MARICELA	.	.	.	.	.	.	.
22 RESENDÍZ TREJO CATALINA	.	.	.	.	.	.	.
23 RIVERA LÓPEZ EUFRACIA	.	.	.	/	.	.	.
24 ROJO ALBERTA	.	/	/	.	.	.	.
25 ROJO FUENTES GABRIELA	.	.	.	.	.	.	.
26 SÁNCHEZ NIETO MA. DOLORES	.	.	.	.	.	.	.

27 SÁNCHEZ RAMÍREZ MA. LEONOR	.	.	.	.	.	.	.
28 TREJO DEMETRÍA	/	.	.	.	.	.	.
29 TREJO MARÍA EPIFANIA	.	.	.	.	.	.	.
30 TREJO TREJO ROCIO	.	.	.	.	.	.	.
31 TREJO GUTIERREZ MARGARITA	.	.	.	.	/	.	.
32 TREJO MUÑOZ CLAUDIA	.	.	.	.	.	.	.
33 VARCENAS TREJO MÁXIMA	.	.	.	.	.	.	.
34 VEGA FRANCO NARCISA	.	.	.	.	.	.	.
35 VIAY CERVANTES VICTORINA	.	.	.	.	.	.	.
36 VILLEDA ORTIZ MARGARITA	.	.	.	.	.	.	.
37 VILLEDA ORTIZ MA. ISABEL	.	.	.	.	.	.	.

CRÓNICA DE GRUPO

Líder profesional: P.T.S. Yanet Trejo Rojo

Fecha de la reunión: 07 de Junio

Reunión no.: 1

Asistentes: 29

Relato:

La primer sesión se llevo a cabo en un aula del Centro de Salud facilitada por el director del mismo, debido a que las instalaciones son las adecuadas, cuenta con escritorio, sillas, pizarrón, suficiente ventilación e iluminación y energía eléctrica.

Esta dio inició a la 1:00 p.m., durante la cual el grupo expresó que era correcta la hora, debido a que más tarde tienen obligaciones en casa como lo es el de dar de comer a sus hijos y esposo.

En esta primer reunión se comenzó dando a conocer el programa de trabajo de Diabetes Mellitus, así como el objetivo que se intenta alcanzar, se les explicaron los temas que se van a dar a conocer durante el trayecto de las sesiones, después se continuó dándoles el primer tema, y fue así como se empezó con el proyecto y con la primera sesión la cual abarca: Definición de diabetes, ¿qué es? ¿Cómo se manifiesta? ¿Cómo se puede controlar?, y Autoestima y su relación con la enfermedad.

Tan bien se llenaron las fichas de inscripción, al principio la mayoría de las personas mostraron apatía, pero después se fueron integrando al grupo poco a poco hasta lograr un mejor ambiente entre ellos.

La sesión finalizó a las 2:20 p. m.

CRÓNICA DE GRUPO

Líder profesional: P.T.S. Yanet Trejo Rojo

Fecha de la reunión: 14 de Junio

Reunión no.: 2

Asistentes: 33

Relato:

Los asistentes llegaron puntualmente, por lo cual se inició a la 1:00 p.m. la reunión tal como se tenía planeado. Se comenzó con el pase de lista, para después continuar con el tema de Complicaciones Agudas y Crónicas de la Diabetes Mellitus no controlada, el cual fue impartido por la Enfermera Alma Delia, quién comenzó haciendo una retroalimentación acerca del tema de la sesión anterior, dando con esto un resultado favorable ya que las señoras respondieron como es debido y mostraron en su mayoría gran participación al igual que optimismo.

La Psicóloga Carmen continuó con el tema de: Familia y Ciclo Vital para el cual la señora Chora Monroy mostró gran interés y participación.

Se dio por finalizada la sesión con el tema: Tus Emociones y la Diabetes (Tristeza y Depresión), el cual fue impartido por el líder profesional; en el cual la mayor parte de los participantes entraron en una técnica de catarsis ya que se trabajó con ellos por medió de dinámicas, esto apoyándose de material como: hojas blancas y lápiz, para que marcaran con una línea su ciclo de vida viviendo con la Diabetes Mellitus.

Esta sesión tuvo una duración de 60 minutos.

CRÓNICA DE GRUPO

Líder profesional: P.T.S. Yanet Trejo Rojo

Fecha de la reunión: 21 de Junio

Reunión no.: 3

Asistentes: 33

Relato:

Los participantes empezaron a llegar antes de la 1:00 p.m., en ésta sesión se les presentó nuevamente el programa de: Diabetes Mellitus y el objetivo de éste.

Se les hicieron preguntas acerca de los temas anteriores y se continuó con el tema de: Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus, éste a cargo de la Enfermera Alma Delia; Tus Emociones y la Diabetes (Ansiedad y Culpa), por la Psicóloga Carmen y por último Comunicación y Expresión de Sentimientos en el grupo familiar a cargo del líder profesional. De ésta forma fue como se pudo notar la intervención de una de las asistentes exhortándola a seguir asistiendo para que aprenda a vivir con la Diabetes.

Se acordó la hora y fecha de la siguiente sesión, la cual será el 28 de Junio a la 1:00 p.m. en el mismo lugar, se les agradeció su presencia y se fueron retirando poco a poco las señoras.

La reunión se terminó a las 2:20 p.m.

CRÓNICA DE GRUPO

Líder profesional: P.T.S. Yanet Trejo Rojo

Fecha de la reunión: 28 de Junio

Reunión no.: 4

Asistentes: 29

Relato:

La sesión dio inicio a la hora acordada, en las mismas instalaciones del Centro de Salud, en la cual se impartieron los temas de: Importancia de los Factores de Riesgo para el Tratamiento, Tus Emociones y la Diabetes (Paz y el Manejo de Estrés), expectativas a futuro y recursos con los que cuenta el paciente y la familia para mejorar la calidad de vida y búsqueda de alternativas de solución, éstos temas los dio a conocer la Enfermera Alma Delia a través de un rota folio.

A los asistentes se les invitó a participar reflexionando acerca de los temas impartidos, en ésta ocasión se realizó la dinámica grupal “Escudo” en donde cada participante dibuja en una hoja blanca un escudo y éste a su vez dividiéndolo en cuatro partes y poniendo en cada cuadrante los recursos personales, recursos familiares recursos del trabajo y recursos con los amigos con los que cuentan para poder salir adelante.

Por último se acordó la fecha y hora de la próxima sesión, dando por concluida la sesión a las 2:30 p.m.

CRÓNICA DE GRUPO

Líder profesional: P.T.S. Yanet Trejo Rojo

Fecha de la reunión: 05 de Julio

Reunión no.: 5

Asistentes: 32

Relato:

Siendo la 1:00 p.m. se inició con la actividad, pasando lista y realizando diferentes preguntas a los participantes de los temas anteriores.

Se dieron a conocer los temas de: Médicos e instituciones a las que puede recurrir el paciente y la familia para la atención y apoyo en caso de urgencias y toma de decisiones relacionadas con la Diabetes Mellitus y la vida personal del paciente.

El grupo se mostró interesado y participativo, en particular la señora Juana debido a que ella desconocía mucha información y por lo tanto comenta que el proyecto le ha sido de gran ayuda puesto que no lleva un control respecto a su Diabetes, así mismo la señora Rocío y más participantes.

En ésta sesión el grupo muestra gran entusiasmo por querer salir adelante ya que ignoraban como poder vivir con su Diabetes sin que ésta les afectara, pues se encontraban en su mayoría muy deprimidas.

La sesión terminó a las 2:00 p.m.

CRÓNICA DE GRUPO

Líder profesional: P.T.S. Yanet Trejo Rojo

Fecha de la reunión: 12 de Julio

Reunión no.: 6

Asistentes: 37

Relato:

La sesión comenzó a la 1:10 p.m., con los temas de: Plan de Alimentación para el paciente con Diabetes Mellitus, este impartido por la Enfermera Alma Delia, en el cual se les mostró una lámina denominada el plato del bien comer.

El cual se encuentra dividido en tres:

- Verduras y Frutas: las cuales pueden consumir de manera abundante
- Cereales: pueden comer pero de manera variada
- Leguminosas y Alimentos de Origen Animal: pueden consumirlos pero en poca cantidad y combinados

En ésta sesión la mayoría participo pues muchas no saben cuales son los alimentos adecuados para llevar una buena dieta sana y algunas participaron dando opciones acerca de los alimentos.

La sesión culminó a las 2:25 p.m., estableciendo que la próxima sesión se daría fin al proyecto, se les cito a la misma hora y en el mismo lugar.

CRÓNICA DE GRUPO

Líder profesional: P.T.S. Yanet Trejo Rojo

Fecha de la reunión: 19 de Julio

Reunión no.: 7

Asistentes: 37

Relato:

Para ésta sesión se convocó al Director del Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán Hidalgo, Dr. Joaquín al Trabajador Social Joaquina Arteaga Sánchez, a la Enfermera en Nutrición Alma Delia, a la Psicóloga Carmen Sánchez Cervantes y al Líder Profesional; llevándose a cabo en el lugar de costumbre, para lo cual se les hizo entrega de un reconocimiento por su valiosa colaboración en el Proyecto de Diabetes Mellitus, enseguida el Director del Centro de Salud Rural Concentrado del municipio de Zimapán estado de Hidalgo, se dirigió a los participantes con un mensaje al igual que la Enfermera, éste motivándolas para que controlen su Diabetes Mellitus y para que las personas que no cuenten con los recursos económicos suficientes puedan atenderse en el Centro de Salud de manera gratuita.

La sesión concluyó a las 2:20 p.m., logrando un gran entusiasmo y motivación entre los participantes.

2. ETAPA DE ORGANIZACIÓN

Los elementos que permitieron al grupo llegar a la etapa de organización, fueron los siguientes:

1. Durante las sesiones realizadas a partir de su agrupación, se ha observado que ha asistido el 90% de las socias inscritas y a la realización de las actividades, se ha obtenido la participación de un 100%.
2. Se utilizaron técnicas grupales para disminuir el nivel de ansiedad entre sus miembros y lograr que se identificaran por su nombre.
3. Para el mejor desempeño de las metas diarias y mayor aprovechamiento del aprendizaje, al inicio de cada sesión se realiza una retroalimentación del tema de la sesión pasada y al término de cada sesión se hace lo mismo, de la sesión impartida en ese momento.
4. Como se observó en la 1ª reunión la señora Chora Monrroy María se ha destacado como líder natural.
5. El grupo en su totalidad ha demostrado gran interés y responsabilidad en el desempeño de sus tareas, debido a que todas acuden a la hora señalada y mostrando en las sesiones gran interés y participación por su parte.
6. Las integrantes del grupo han establecido grandes lazos de amistad y unión a lo cual se le puede decir que se atreven a compartir entre ellas sus experiencias y momentos que pasan por sus vidas a los cuales ellas consideran de gran importancia, se puede decir que en el grupo ya existe una identificación con el mismo al llamado “nosotros” o “nuestro grupo”.

7. Cabe señalar que al inicio de la formación del grupo se observó un clima de tensión entre sus socias, pues cabe mencionar que algunas solo se conocían de vista sin cruzar palabras, y ahora que forman parte de un grupo se puede decir que las tensiones del grupo han disminuido por la obtención de los objetivos.

8. Es importante reconocer que los integrantes del grupo han logrado reconocer la aceptación y el sentido de pertenencia al grupo.

El líder profesional determinas que ha llegado el momento de formar el gobierno del grupo.

Describe como fue la formación del gobierno del grupo:

Ante la inquietud del grupo de querer establecer un vínculo de amistad mas afondo al termino del programa de todas las sesiones, se pone a consideración del grupo la necesidad de un gobierno y la elección del mismo, y una vez aceptada esta proposición, se pide a los miembros, que propongan planillas, las cuales deberán estar constituidas por un presidente, un secretario, un tesorero y dos vocales; y se eligieran por voto directo y secreto, y para tal efecto, se preparan tarjetas en blanco, donde emitirán su voto por escrito.

Como ya se había intuido, la asamblea eligió una planilla única “ la roja” conformada por las cinco socias que se habían sido detectadas con anterioridad como lideres naturales; así que esta planilla quedó de la siguiente manera.

Presidente -----Chora Monroy María

Secretario ----- Hernández Hernández Asunción

Tesorero ----- Martínez Franco Cornelia

2 Vocales ----- Olguín Vega Juana y Viay Cervantes Victorina

Las normas que regirán a este grupo, fueron enfocadas hacia los siguientes aspectos:

1. Relación de los individuos con el grupo

* Los aspirantes a ingresar al grupo, deberán llenar ciertos requisitos de ingreso, esto con el objeto de establecer una forma de control social elaborada por el propio grupo.

* Por lo que respecta a la relación del individuo con el gobierno del grupo, los miembros del grupo “azúcar”, podrá votar y ser electo tanto para elegir la dirección del grupo, como para tomar decisiones.

* En la medida que el individuo sea aceptado por sus compañeros y se involucre activamente en la participación de las acciones del grupo, se establecerá una definición de responsabilidades y respeto mutuo, para formar un sentido de pertenencia con respecto a él.

* La relación que establezca el individuo con su líder profesional, deberá ser cordial, democrática y de respeto.

2. Relación entre los miembros del grupo

* La asociación entre sus miembros, será voluntaria y sus intereses, con objetivos grupales.

* La función del gobierno del grupo y del líder profesional, es la de manejar adecuadamente las fricciones o actitudes de resistencia de los socios, mediante técnicas grupales y así lograr cambios de actitudes, positivamente.

* Se evitará el surgimiento de subgrupos para garantizar un ambiente formal.

* Las relaciones entre los socios del grupo, serán de respeto, comprensión, cordialidad y solidaridad.

* El trabajador social asesorará al gobierno del grupo para que asumiendo una actitud razonable, analice los problemas con criterio y objetividad y establezca programas o estrategias que despierten una relación positiva entre los socios, motivaciones que surgirán necesariamente de las vivencias grupales.

3. Relación del grupo con otros grupos.

* El grupo establecerá coordinación (convivencia social) con otros grupos, como un acto de solidaridad y apoyo, cuando la coordinación obedezca al cumplimiento de sus propios objetivos, cuando se establezca un proceso de retroalimentación o intercambio de experiencias todo con objeto de enriquecer al propio grupo, pero sin perder la cohesión e integración del grupo de origen.

PLANEAMIENTO DEL PROGRAMA

A continuación se describe como elaboraste tu programa y todo su contenido:

El programa de trabajo, se elaboró tomando en cuenta los objetivos institucionales que lo apoyan en recursos humanos; así como también considerando su estado de salud de los pacientes, respetando siempre, las normas bajo las cuales viven así como también sus valores y tradiciones, buscando como meta el cambio de actitudes y el plan de alimentación para poder beneficiar a la comunidad.

De tal forma que se proyectará hacia las necesidades que surjan o que vayan exteriorizando los socios en su interacción como grupo (necesidades grupales), las cuales estarán inmersas en la actividad central de la cual se desprenderá una serie de actividades.

Fase Preparatoria

1. Exploración de intereses.

A través del desarrollo del grupo, sus asociadas los han compartido entre sí y con su líder profesional con el cumplimiento de sus primeros objetivos como los son: el de aprender a vivir con su diabetes mellitus, también el aprender a llevar acabo unos buenos hábitos de alimentación, el hacerse más responsables con su cuerpo, el practicar algún deporte o simplemente el salir a caminar para poder tener un buen peso corporal.

2. Jerarquización de prioridades encontradas

- Solicitar ayuda de un psicólogo para tratar de solucionar sus problemas emocionales por los que pasan.
- Solicitar el apoyo de la enfermera especializada en diabetes a fin de que interceda con los pacientes para orientarlos acerca de cual serían las medidas de control para detectar y atenderse, así como orientarles a conocer un buen plan de desarrollo nutricional.

3. Investigación de recursos humanos, materiales y económicos.

Recursos humanos: dentro de éstos recursos se contemplarán al grupo mismo, y su gobierno de grupo, las autoridades del Centro de Salud.

Recursos materiales: los propios de la sede del grupo, los recursos que proporciones la institución patrocinadora.

Recursos económicos: dependerán de cada uno de los pacientes, así como también el apoyo que brinde la institución e instituciones municipales.

CONTENIDO DEL PROGRAMA

1. DATOS GENERALES

Institución: Centro de Salud Rural Concentrado del municipio de Zimapán estado de Hidalgo.

Nombre del grupo: "Azúcar"

No. De Socios: 37 socias (amas de casa)

Días de Reunión: los días martes

Lugar: aula del Centro de Salud

Nombre del líder profesional: P.T.S. Yanet Trejo Rojo

2. JUSTIFICACIÓN

Se busca conocer mas a fondo las características de la Diabetes Mellitus, debido a que su comportamiento epidemiológico es alarmante, la cual orilla a la institución a adoptar estrategias innovadoras que permitan favorecer la adherencia al tratamiento y con esto evitar sus complicaciones, en virtud de que es indispensable "Ahorrar hoy" porque las inversiones en prevención, es evitar gastos mayores en la curación, además con la información adecuada el paciente y sus familiares, se pede prevenir o retardar la aparición de la enfermedad, considerando que cada año que vive una persona sin Diabetes, es un año adicional de vida libre, sin complicaciones; y al investigador por supuesto entre mas conocimientos se tenga acerca del tema; podrá favorecer su desempeño laboral, familiar, social y personal; por lo tanto en lo que respecta a la disciplina de Trabajo Social, permitirá identificar la técnicas e instrumentos apropiados para trabajar con éste tipo de pacientes; las cuales al ser dadas a conocer a través de profesionistas de las diferentes áreas afines, contribuirán a mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus.

3. OBJETIVOS

A corto plazo: Socializar a los miembros del grupo, elevar su autoestima, aprovechar la capacidad de los miembros destacados.

A mediano plazo: Elevar el nivel de salud de los miembros del grupo, modificar conductas y costumbres de las socias del grupo, respetando valores individuales, Fomentar el espíritu de grupo entre los socios.

A largo plazo: Rehabilitar los daños psicosociales que han sufrido los miembros del grupo.

4. RECURSOS

Materiales: Centro de Salud, escritorio, sillas, pizarrón, mesa de trabajo, salón de actos de la institución.

Económicos: Apoyo monetario del Centro de Salud y de las mismas socias, según lo que se requiera.

Humanos: Socias del grupo, gobierno del grupo, líder profesional, psicólogo, un médico y una enfermera en diabetes mellitus.

5. DURACIÓN

1 mes

6. ACTIVIDADES

Se llevarán a cabo un ciclo de pláticas educativas impartidas por el Trabajador Social, así como del apoyo de un equipo multidisciplinario, el cual está conformado por Psicólogo, Médico, Enfermera capacitada en diabetes; todo esto con la finalidad de informar y a su vez orientar a los pacientes con Diabetes Mellitus.

7. RESPONSABLES DEL PROGRAMA

Líder profesional, socias del grupo y recursos humanos de la institución.

8. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Al término de la sesión grupal, se evaluarán los resultados a través de preguntas elaboradas en el pizarrón y oralmente.

3. ETAPA DE INTEGRACION

Significado: es la etapa de maduración del grupo, durante la cual se adquiere independencia del liderazgo del trabajador social.

Preparado ya el grupo, para adquirir independencia del liderazgo del Trabajador social, por haber entrado en etapa de maduración, al demostrar que es capaz de realizar sus funciones que le fueron encomendadas por su líder profesional, superando de esta manera la dependencia de este y haber aprendido a tomar decisiones mediante discusiones regidas por principios democráticos y asesoradas y guiadas por su líder profesional (en forma de discusión informal) y haciendo el planteamiento del problema o situación, escuchando a la mayoría con sus alternativas de solución emitidas por cada uno de los miembros del grupo; discutiendo los asuntos en la forma más amplia posible, de acuerdo al tiempo y las circunstancias y cuando fue necesario se recurrió a una votación secreta para llegar a un consenso de la mayoría, sin llegar a hostilidades ni represarías y de esta manera haber llegado a la conquista de su autogobierno al haber resuelto conflictos mediante técnicas de discusión dirigida.

REGISTRO DE INTERACCION

CONDUCTAS ACTIVIDADES	Silvia	Miriam	Alejandra	Vertha	Rafaela	Esther	Lorena	Manuel	Maria	Luz	Angelica	Victoria	Antonia	Aurora	Martha	Jovita	Concepcion	Juanita	Rosa	Juana	Mercedes	Catalina	Esmeralda	Alberta	Gabriela	Dolores	Leonor	Demetria	Epifania	Rocio	Margarita	Claudia	Maxima	Narciso	Victoria	Margarita	Isabel		
1. Demuestra Solidaridad, eleva el animo, de los otros, gratifica.		●	●			●		●			●	●				●	●				●		●					●					●		●			●	
2. Relaje, la tension, bromes, rie, demuestr a satisfaccion.					●													●		●		●			●	●					●		●			●			
3. Esta de acuerdo aceptacion pasiva, comprende, coopera.			●		●				●				●		●							●					●												●
4. Sugiere, dirige, dejando autonomia a los demas.	●		●			●		●		●			●			●		●					●	●		●		●	●			●				●			
5. De opiniones, evalua, analiza, demuestra sentimiento deseo de cooperar.		●					●		●				●		●		●		●		●						●			●	●		●	●					
6. De orientacion informacion repica, clarifica, confirma.		●			●														●								●										●	●	
7. Pide orientacion, informacion, repeticion confirmacion.	●		●				●		●			●	●												●	●			●				●				●		
8. Pide opinion, evaluacion, analisis, expresiones de sentimientos.		●	●			●				●					●			●		●			●								●			●		●		●	
9. Pide sugerencias, direccion modos posibles de accion.					●			●												●					●			●									●		
10. Esta en desacuerdo, demuestra rechazo pasivo, formalidad, retira ayuda.	●		●			●	●	●				●		●										●				●			●	●						●	
11. Demuestra tension, pide ayuda se retira del campo.	●				●					●		●				●		●		●		●								●				●		●			
12. Demuestra antagonismo, rebaja la situacion de los otro defiende o afirma su yo.		●			●	●		●						●				●	●	●				●	●						●								

Grupo No. _____ Fecha: _____ Tema: _____
No. de miembros _____ Horario: _____ Líder Profesional: _____

Fuente: Jack R. Manual de Dinamica de Grupos.

PROPUESTA

La investigación hecha en lo anterior permite que se observen problemáticas como:

- Baja autoestima en los pacientes con Diabetes Mellits
- Falta de interés por parte de los pacientes para poder llevar acabo una buena adherencia al tratamiento
- Apatía por parte de los pacientes hacia las personas que los rodean
- Hábitos de alimentación inadecuados
- Poco interés por mantenerse sanos

Por lo que ésta propuesta intenta dar una solución y dar una alternativa para generar un cambio, específicamente consiste en formar grupos de apoyo mutua hacia los pacientes, otorgando pláticas en donde puedan participar los pacientes y sus familiares, así como el doctor que los atiende, el mismo se plantea que dure 1 mes, esto en virtud de lo que los directivos del hospital permitan, la metodología usada para sustentar éste proyecto se apoya en el libro de *"un enfoque operativo de la metodología de Trabajo Social"*, por la autora Nidia Aylwin de Barros... ya que las autoras también consideran que es importante los grupos para dar pláticas.

A continuación se presentan los rasgos más destacados del proyecto, aunque se deberán trabajar, para realizar un proyecto adecuado, para concluirlo.

- TÍTULO DEL PROYECTO

"GRUPO DE AYUDA MUTUA PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS", éste podrá ser conformado por personas de edades indistintas.

- FUNDAMENTACIÓN

La formación de grupos de ayuda mutua entre los pacientes es fundamental si se busca un verdadero bienestar integral en el paciente y sus familias, hoy existe la necesidad de orientar, apoyar al paciente dentro y fuera de su entorno social, ya que en la actualidad se considera de gran importancia tomar en cuenta temas de relevancia en los ámbitos familiar, de salud y personal, entre otros; y de acuerdo a la siguiente, realizar proyectos acerca de éstas problemáticas que existen hoy en día, y una de ellas son el fortalecer la comunicación, los valores, la unión, la confianza, el respeto, la ayuda mutua, la comprensión y la aceptación a su enfermedad, entre la familia, amigos y con ellos mismos.

- OBJETIVO GENERAL

Lograr mejorar la calidad de trato en las relaciones interpersonales entre los pacientes, su familia y sus médicos, logrando una mejor aceptación que se derive en la enfermedad.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr la formación de un grupo de pacientes con diabetes Mellitus, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.
- Capacitar a los pacientes y familiares de los mismos acerca de lo importante que es conocer el tratamiento adecuado para poder lograr vivir bien con su diabetes.
- Dotar de conocimientos a los pacientes acerca de lo que es la enfermedad y las consecuencias que trae consigo un mal tratamiento de ésta.
- Realizar campañas con el equipo profesional adecuado a fin de hacer llegar más información a la población en general de las medidas de prevención para evitar la aparición de la enfermedad en edades tempranas.

- Mantener la asistencia de los participantes en los diferentes grupos de ayuda mutua
- Establecer un modulo de información permanente para la población abierta a fin de brindar atención de cualquier tipo que la requieran.
- Apoyar, orientar al paciente en cuanto a sus actitudes, sentimientos y acciones que dañen su integridad.
- Promover la unión y los valores para fortalecer la comunicación dentro y fuera del entorno familiar.

METAS DEL GRUPO

- Conformar un grupo de integrantes que padezcan la enfermedad de Diabetes Mellitus, que tengan un rango de edades similares entre ellos.
- Hacer un trabajo de investigación en donde se pueda dar como realizado la organización de un taller de orientación con temas referentes a Diabetes Mellitas y toda la problemática que trae consigo un mal tratamiento.
- Lograr que los informantes liberen sus actitudes negativas, esto a través de dinámicas.

• LIMITANTES

Tiempo: El tiempo de ejecución se reduce a 1 mes y medio, pero todo está en función de las políticas del hospital.

Espacio: Por las características del proyecto se requiere de una aula pero todo de acuerdo a las posibilidades que tenga el Centro de Salud en el que se va a llevar a cabo.

Universo de trabajo: Se requiere una disposición, una participación por parte de los pacientes con Diabetes Mellitus y de sus familiares debido a que con ellos se podrá establecer este grupo.

- ACTIVIDADES 1ª. Sesión:

- Definición de diabetes Mellitus
- Presentación e Integración de los miembros del grupo
- Autoestima y su relación con la enfermedad

2ª. Sesión:

- Complicaciones Agudas y crónicas de la Diabetes Mellitus no controlada
- Familia y ciclo vital
- Tus emociones y la diabetes (tristeza y depresión).

3ª. Sesión:

- Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la Diabetes Mellitus
- Tus emociones y la Diabetes Mellitus (ansiedad y culpa)
Comunicación y expresión de sentimientos en el grupo familiar

4ª. Sesión:

- Importancia de los factores de riesgo para el tratamiento
- Tus emociones y la Diabetes Mellitus (paz y el manejo de estrés)
- Expectativas a futuro y recursos con los que cuenta el paciente y la familia para mejorar la calidad de vida, y la búsqueda de alternativas de solución.

5ª. Sesión:

- Médicos e Instituciones a las que se puede recurrir tanto el paciente como su familia para apoyo moral y atención médica
- Toma de decisiones relacionadas con la Diabetes Mellitus y la vida personal del paciente.

6ª. Sesión: Plan de alimentación para el paciente

7ª. Sesión: Cierre y evaluación del grupo, elaboración del duelo de despedida.

- TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Técnicas: Se llevarán a cabo las técnicas con un grupo integrado por pacientes o familiares de Diabetes Mellitus, en donde se realizarán técnicas como: dinámicas, reflexiones, conferencias, exposiciones, entre otros.

Procedimientos: Este proyecto se llevará a cabo por 7 sesiones, durante 1 mes y medio, con una duración de hora y media por cada sesión, en el cual se formará un grupo, de determinado número de personas, de edades diferentes, siendo éstos pacientes o familiares, de que se encuentren identificados con la enfermedad.

- RECURSOS:

Recursos Físicos

No.	CANTIDAD	CONCEPTO
1	1	Aula
2	1	Pizarrón
3	-	Sillas
4	1	Proyector de Acetatos
5	1	Escritorio

Recursos Humanos

No.	No. DE PERSONAS REQUERIDAS	PERSONAL
1	1	Médico
2	1	Trabajador Social
3	1	Psicólogo
4	1	Nutriólogo

Recursos Materiales y Financieros

Recursos Materiales

No.	PIEZAS	ARTÍCULOS
1	Lo necesario	Papel bond
2	-	Cartulinas
3	-	Yurex
4	-	Láminas
5	-	Copias
6	-	Hojas Blancas
7	-	Plumones

Recursos Financieros

No se estipula recursos financieros puesto que la Secretaría de Salud solventa todos los

gastos necesarios para la ejecución de éste tipo de proyectos.

- EVALUACIÓN

- La manera en la que pueden ser evaluadas las sesiones y el grupo es por medio de cuestionarios y lluvia de ideas y esto será de acuerdo a la persona que trabaje con el grupo y como lo requiera.

- RESULTADOS

Se espera como resultado de éste grupo de pacientes con Diabetes Mellitus, que tomen las pláticas, participen en sus hogares fortaleciendo y promoviendo la comunicación, valores, la confianza, respeto dentro y fuera de su entorno familiar, para así orientar al paciente en sus actividades, sentimientos, acciones y que logren llevar un buen control adecuado y tratamiento en relación con su Diabetes Mellitus.

CUADRO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	PROPÓSITO	TÉCNICAS A UTILIZAR	RECURSOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN
Presentación del proyecto	Dar a conocer al personal directivo el proyecto	Expositiva	Humanos: T.S. Materiales: Proyector de acetatos	Observación y cuaderno de notas
Difusión del proyecto	Que los pacientes con diabetes Mellitus lo conozcan	Expositiva	Humanos: Materiales:	Observación y cuaderno de notas
Formación del grupo	Organizar a los pacientes para que formen parte del grupo	Expositiva	Humanos: T. S.	Observación y cuaderno de notas y fichas de inscripción.
1ª. Sesión: *Definición de D. M. *Presentación, integración de los miembros del grupo *Autoestima y su relación con la enfermedad	Darles a conocer acerca de lo que es la D. M., así como valorar su edo. Anímico de cada uno de los pacientes	Expositiva	Humanos: Médico y T.S. Materiales: Rotafolia y aplicación de alguna encuesta o cuestionario	Observación, cuaderno de notas y lista de asistencia.
2ª. Sesión: *Complicaciones Agudas y crónicas de la D. M. No controlada *Familia y ciclo vital *Tus emociones y la D. M. (tristeza y depresión)	Que el paciente reflexione acerca de las represiones de la D. M. En el ámbito personal, familiar, social y laboral.	Expositiva	Humanos: Médico, Trabajador Social y Psicólogo. Materiales: Rota folio	Observación, cuaderno de notas y lista de asistencia.
3ª. Sesión: *Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la D. M. *Tus emociones y la D. M. (ansiedad y culpa) *Comunicación y expresión de sentimientos	Que los pacientes conozcan el tipo de tratamiento que deben de seguir para controlar su D. M. Y también que sepan de la importancia de la	Expositiva y lluvia de ideas	Humanos: Médico, T. S. Y Psicólogo. Materiales: Rotafolio	Observación, cuaderno de notas y lista de asistencia.

en el gpo. familiar	comunicación para la expresión de sus sentimientos.			
4ª. Sesión: *Importancia de los factores de riesgo para el tratamiento *Tus emociones y la D M. (Paz y el manejo de estrés) *Expectativas a futuro y recursos con los que cuenta el paciente y la familia para mejorar la calidad de vida y búsqueda de alternativas de solución.	Que identifiquen los factores de riesgo para el tratamiento y busquen las alternativas para lograr una mejor calidad de vida.	Expositiva y lluvia de ideas.	Humanos: Médico, T. S. Y Psicólogo. Materiales: Rota folio y dinámicas.	Observación cuaderno de notas y lista de asistencia
5ª. Sesión: *Médicos e Instituciones a las que se puede recurrir tanto el paciente como sus familiares para recibir apoyo moral y atención médica.	Que conozcan del proceso de atención y referencias a donde pueden acudir y en lo que respecta a su enfermedad y que aprendan a vivir con ella	Expositiva y lluvia de ideas	Humanos: Médico y T. S. Materiales:	Observación, cuaderno de notas y lista de asistencia.
6ª. Sesión: *Plan de alimentación para el paciente con D. M.	Mostrarles el plan de alimentación que deben de llevar a cabo para obtener un buen control de su D. M.	Expositiva y lluvia de ideas	Humanos: Médico, Nutriólogo y T. S. Materiales:	Observación, cuaderno de notas y lista de asistencia.
7ª. Sesión: *Cierre y evaluación del gpo. *Elaboración del duelo, la despedidas del gpo.	Asesorar a los pacientes de como iniciar una nueva etapa sin el acompañamiento del gpo.	Expositivas y lluvia de ideas	Humanos: Médico y T. S.	Observación, cuaderno de notas y lista de asistencia.

[illegible]

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- * Ander Egg Ezequiel. *Técnicas de Investigación Social*. 24^a. edición, editorial Lumen, Buenos Aires Argentina 1995.
- * Contreras de Wilhelm Yolanda. *Trabajo Social de Grupos*. Sexta edición, editorial Pax México 1989.
- * Espinosa Reynoso Juan José. *Guía Mexicana de Diabetes 2002*. Primera edición, editorial Secretaría de Salud. México 2002.
- * Gómez Pérez Francisco J. *Avances en Diabetes*. Tomo V. Primera edición, editorial URANO/Intersistemas. México 1999.
- * Dr. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. Primera edición, editorial MC Graw Hill. México 2003.
- * Dr. Harvey *Medicina Interna*. Tomo 3. Primera edición, editorial Interamericana. México 1998.
- * Krupp A. Marcos, Chatton Milton J. *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. Primera edición, editorial URANO/Intersistemas. México 2003.
- * Munch Lourdes y Ángeles Ernesto. *Métodos y Técnicas de Investigación*. Novena reimpresión. Editorial Trillas. México 2001.

* Dr. Robles Valdés Carlos, Díaz Salazar Juan, Lavalle González Fernando J. *Control Total de la Diabetes para el Médico Tratante*. Primera edición, editorial Intersistemas. México 2002.

* Dr. Rodríguez Saldaña Joel. *Viviendo Bien con la Diabetes*. Primera edición, editorial Secretaria de Salud. Austin Texas 2002.

* Dr. Rodríguez Saldaña Joel. *Guía Mexicana de Diabetes*. Primera edición, editorial Secretaria de Salud. México 2002.

* Sánchez Rosado Manuel. *Manual de Trabajo Social*. Primera edición, editorial Trillas. México 2004.

* Terán Trillo Margarita. *Perfil Profesional del Trabajador Social en el área de la Salud*. Primera edición, editorial ETNS-UNAM. México 1989.

* Dr. Vázquez Estupiñón. *Sintiéndote Bien con la Diabetes*. Primera edición, editorial URANO/Intersistemas. México 2002.

REVISTAS

* *Monografía del municipio de Zimapán*. Revista publicada por el Ex Pte. Municipal Sánchez Lozano Romualdo. En el año 1990. Siendo éste un documento interno del municipio de Zimapán, Gobierno del estado de Hidalgo.

* *Guía para capacitar al paciente con Diabetes*. Editada por la Secretaría de Salud en México en el año 2001. siendo Primera edición.

* *Guía Médica Familiar*. Editada por la Secretaría de Salud. Primera edición. Editorial Everest en México 1989.

* *Test of Glicemia in Diabetes*. Editorial American Diabetes 2002.

* *Escala de Ansiedad de Hamilton*. Creada por el Dr. Max Hamilton en el año de 1959.

* *Metodología y Practica del desarrollo de comunidad*. Edición el Ateneo. *Apuntes de Comunidad, de cuarto semestre de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*.